

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

ÉTUDE

Sur les projets de révision de la loi du 15 février 1902

relative à

La Protection de la Santé publique

THÈSE DE DOCTORAT DE DROIT

(SCIENCES POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES)

Présentée et soutenue le 16 Juin 1922

à 14 heures 1½

Par Fernand BOURGUIN

DOCTEUR EN MÉDECINE

Président : M. ROLLAND

Suffragants { M. JÈZE, Professeur
M. BASDEVANT, Professeur



PARIS

Editions de "LA VIE UNIVERSITAIRE"

13, Quai de Conti, 13

1922

ETUDE

SUR LES

Projets de révision de la loi du 15 février 1902

RELATIVE A

la Protection de la Santé publique

*La Faculté n'entend donner aucune approbation
ni improbation aux opinions émises dans les
thèses ; ces opinions doivent être considérées
comme propres à leurs auteurs.*

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

É T U D E

Sur les projets de révision de la loi du 15 février 1902

relative à

La Protection de la Santé publique

THÈSE DE DOCTORAT DE DROIT

(SCIENCES POLITIQUES ET ÉCONOMIQUES)

Présentée et soutenue le 16 Juin 1922

à 14 heures 1½

Par Fernand BOURGUIN

DOCTEUR EN MÉDECINE



Président : M. ROLLAND

Suffragants { M. JÈZE, Professeur
M. BASDEVANT, Professeur



PARIS

Editions de "LA VIE UNIVERSITAIRE"

13, Quai de Conti, 13

—
1922

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE DROIT

ÉTUDE

sur les projets de révision de la loi du 15 février 1902

relative à

la protection de la santé publique

THÈSE DE DOCTORAT DE DROIT

par Bernard Bourquin

DOCTEUR EN MÉDECINE

Président : M. HUGUENIN

M. J. A. BOURQUIN

Subséquents : M. BASTIEN, M. BOURQUIN



IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE DROIT

DE LA FACULTÉ DE DROIT

1902

Introduction

Historique de la législation de l'Hygiène en France ⁽¹⁾

La nécessité d'une stricte observation des règles de l'hygiène n'est plus à démontrer : toutes les nations ont compris ce devoir et toutes, ou presque, ont déjà depuis un certain nombre d'années, pris des mesures officielles pour en réglementer l'observation.

Nous tenons à exprimer ici toute notre gratitude à notre Président de thèse, M. le Professeur Rolland, qui a bien voulu nous prodiguer son temps et ses conseils pour la rédaction de ce travail et à M. le Docteur Paul Faivre, inspecteur général des services administratifs, qui, avec une inlassable bienveillance, nous a fait profiter de sa longue et précieuse expérience des choses de l'hygiène et nous a permis de puiser de la façon la plus large dans les dossiers et les notes qu'il a accumulés. (Une grande partie des renseignements et citations contenues dans ce travail sans indication précise de référence proviennent de cette source).

Nos remerciements s'adressent aussi à M. le Docteur Dequilt, également inspecteur général, et à M. le Docteur Wibaux, adjoint à cette inspection, pour l'aide précieuse qu'ils ont bien voulu nous donner.

(1) Pour la partie historique de cette étude nous avons plus particulièrement consulté le « commentaire de la loi de 1902 par MM. Martin et Bluzet,

Cependant, il y a de très grandes différences à ce sujet entre les différents états et, alors que les Pays scandinaves, l'Angleterre, l'Allemagne et les Etats-Unis s'avançaient hardiment dans la voie d'une législation moderne et strictement appliquée, allant de pair avec une éducation du public et une vulgarisation des notions hygiéniques qu'on ne saurait trop admirer, il faut avouer qu'en France, malgré de réels efforts en ce sens, surtout depuis une cinquantaine d'années, il nous reste beaucoup à faire, non pas pour atteindre la perfection, mais pour égaler seulement ce qui a été fait dans d'autres pays.

C'est ce que devait avouer M. Maujean, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'Intérieur, dans un discours à l'assemblée du conseil supérieur d'hygiène de France, le 20 janvier 1908 « j'ai le douloureux devoir, dit-il, de proclamer que, au point de vue de l'hygiène, notre pays est loin encore du degré de progrès qu'il aurait dû atteindre et où il est indispensable que nous le menions. »

Sans qu'il soit besoin de rappeler l'absolue inexistence de prescriptions d'hygiène au Moyen-Age, ce qui d'ailleurs ne saurait surprendre, puisque l'état des sciences biologiques n'était pas assez avancé alors, pour en faire comprendre toute l'importance, il faut avouer que, même depuis les fondamentales découvertes de Pasteur, bien françaises pourtant, il a été fait en réalité assez peu pour l'organisation officielle de l'hygiène en France et pour l'éducation des individus et que ceux-ci, pour la plupart, ne comprennent que très imparfaitement la nécessité d'une stricte observation de ses prescriptions. De trop nombreuses villes ou villages sont, ou étaient encore il y a très peu d'années, dans la même situation que la ville de Privas, lorsque l'autorité préfectorale, à la suite

d'épidémies renouvelées, se décida à agir d'une façon assez énergique. (1)

Et pourtant, combien il est facile de démontrer la nécessité vitale pour la France de se plier aux règles de l'hygiène. En face de tous les fléaux qui la menacent : dépopulation, alcoolisme, maladies vénériennes, mortalité infantile, tuberculose, etc, que pouvons-nous opposer sinon une bonne hygiène, sagement comprise et strictement appliquée, qui est le moyen le plus efficace pour remonter le courant qui nous

(1) A titre documentaire, nous donnons ci-dessous un extrait des conclusions du rapport du conseil supérieur d'hygiène, relatif aux conditions sanitaires de cette ville :

« L'insalubrité de la ville de Privas est notoire : Déjà, en 1896-97, lors de l'épidémie de diphtérie qui pendant plus d'une année fit dans cette commune de nombreuses victimes, des travaux d'assainissement furent reconnus par tous comme indispensables : aucun effort n'a été accompli.

Chaque jour la situation s'aggrave : d'une part, les canalisations d'amenée d'eau sont exposées à des dangers plus directs de contamination, d'autre part, un certain nombre de vieilles maisons, laissées à l'abandon, dépourvues de cabinets d'aisance, deviennent plus inhabitables. Enfin, l'état des égouts est des plus lamentables et le sous-sol, saturé de toutes les eaux résiduaires de la ville, constitue un foyer d'infection permanent. Partout éclate une insouciance extraordinaire des précautions d'hygiène les plus élémentaires : ici, les eaux de déchet de l'abattoir s'écoulent librement sur un charnier où sont cultivés des légumes. Là, sous les fenêtres du collège, à quelques mètres de la cour de récréation des élèves, s'étale un dépotoir où toutes sortes d'immondices sont accumulés à chaque pas. Il est vrai que se dressent à chaque pas des écriteaux interdisant aux habitants de déposer des ordures, mais, à chaque pas aussi, les délégués du conseil ont trouvé des maisons dépourvues de tout cabinet d'aisance et dont les habitants n'ont d'autre moyen de se débarrasser des ordures qu'en les jetant à la rue. Tous les témoins entendus sont d'accord pour reconnaître qu'en été la ville est très souvent incommodée par des émanations infectes. »

entraîne vers la déchéance. Maintenant surtout que la guerre nous a privés d'une notable partie des individus, des plus forts, des plus sains et des plus vigoureux, il nous faut davantage encore que par le passé, faire tous nos efforts pour combattre ces fléaux qui nous causent beaucoup plus de mal que ne nous en a fait la guerre.

Pour cela, redisons-le, l'hygiène est, non pas la panacée universelle, mais un des moyens les plus propres à remédier à ces maux, car mieux vaut prévenir que guérir. C'est pour toutes ces raisons que l'hygiène occupe une place chaque jour plus importante dans la vie des individus et des collectivités et que l'on peut dire, avec le Professeur J. Courmont, que « le degré de civilisation d'une nation se mesure actuellement à la perfection de son hygiène. » (1)

Différents hommes d'Etat, en France, ont bien compris cette vérité et c'est pourquoi ils se sont efforcés depuis une cinquantaine d'années de préparer et de faire voter des textes successifs, toujours progressant vers un état législatif plus avancé et plus parfait.

Nous nous proposons de passer rapidement en revue tous ces efforts, avant d'en arriver à l'étude de la législation actuelle.

Ce n'est guère qu'après les désastres de 1870 qu'on sentit la nécessité d'édicter des prescriptions sur cette matière et sans doute la guerre elle-même n'y était-elle pas étrangère. Pendant cette funeste période, en effet, chacun avait pu voir combien l'organisation française était défectueuse et pour ainsi dire inexistante, en face de celle de l'Allemagne. Pour ne rappeler qu'un exemple, la variole, qui fit à Paris des

(1) Courmont. Précis d'hygiène, page 4.

milliers de victimes et fut beaucoup plus meurtrière pour la population civile que les balles ennemies, ne causa à nos adversaires que quelques centaines de vies humaines dans le cours de la guerre.

Aussi, dès le lendemain de la guerre de 1870, vit-on s'élever de toutes parts un grand mouvement en faveur de la réorganisation sanitaire. Ce fut surtout l'œuvre de médecins, de philanthropes et de sociologues et c'est dans les vœux de ces corps savants qu'on trouve les premières indications de ce nouvel état d'esprit qui considère cette réorganisation comme une des conditions indispensables pour que la nation puisse se relever de ses désastres. Il en fut ainsi à l'Académie de Médecine et aux Congrès internationaux d'hygiène et, en 1872, le 1^{er} Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences réclamait déjà la réforme des conseils d'hygiène et la création d'un personnel sanitaire, émettant le vœu qu' « à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'administration sanitaire civile fut confiée en France à une direction administrative compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et dans les grandes villes. »

Toutes ces voix isolées, qui tendaient à se généraliser, ne pouvaient manquer d'être entendues au Parlement et on trouve la répercussion de ces préoccupations dans les différents budgets de 1881 à 1885. Tout d'abord, le souvenir de l'épidémie de 1871 fut la cause de la proposition de loi de M. Liouville, du 20 mars 1880, sur l'obligation de la vaccination et de la revaccination anti-variolique, proposition qui, votée à la Chambre, ne fut jamais discutée au Sénat. Et cependant, M. Liouville attirait l'attention de ses collègues sur l'importance qu'il y avait à « réaliser complètement une or-

ganisation sanitaire et humanitaire qui réponde aux exigences chaque jour mieux connues de la salubrité et de la santé publiques. »

L'idée peu à peu faisait son chemin dans les esprits et, lentement mais sûrement, on s'acheminait vers une réalisation. A partir de cette époque, l'activité parlementaire est déclanchée et nous assistons alors à une eclosion de projets de loi et de rapports qu'il faut passer en revue.

En 1881, proposition de M. Martin Nadaud relative à l'assainissement des maisons insalubres — rapport de M. Hypolite Mazé, non discuté.

En 1886, projet de loi de M. Jules Siegfried, sur l'organisation de la santé publique; rapport de M. Reybert et nomination d'une commission pour son examen, le 14 décembre 1886.

Déjà, en 1884, sur l'initiative du gouvernement, le Comité consultatif d'hygiène de France, sous la présidence de Brouardel, prépare un projet sur la réorganisation des Conseils d'hygiène. Ce projet était double, et, véritable précurseur des lois qui suivront, comprenait déjà l'organisation des Conseils d'hygiène et l'institution de l'Inspection de l'hygiène publique et de la salubrité. Il fut remanié après examen du Conseil d'Etat et ensuite renvoyé avec une autre sur les logements insalubres à la Commission déjà chargée de l'examen du projet Siegfried. M. Chamberland, au nom de cette Commission, refondit les textes précédents en un nouveau projet de 32 articles qui fut porté sur le bureau de la Chambre le 1^{er} décembre 1887. Mais les Chambres se séparèrent en 1889 sans qu'il fut venu en discussion et M. Lockroy dû le représenter à la législature suivante, en novembre 1889. M. Siegfried fit de même pour le sien et le gouvernement en forma un dernier et définitif projet qui, après discussion, devint la loi du 15 février 1902.

Ce projet avait 18 articles et il était précédé d'un exposé des motifs qui en montrait la nécessité. Déposé sur le bureau de la Chambre le 3 décembre 1891, il fut aussitôt renvoyé à la Commission qui était déjà chargée de l'examen des projets Siegfried et Lockroy. Cette Commission, après un travail très sérieux et très documenté, apporta à la Chambre un texte de 25 articles groupés en 5 titres, intitulés : mesures sanitaires ayant trait aux localités; mesures sanitaires relatives aux immeubles, mesures sanitaires concernant les personnes; organisation sanitaire et dispositions diverses. Parmi les caractéristiques de ce projet, il est, croyons-nous, particulièrement utile d'attirer l'attention sur les suivantes : en ce qui concerne les logements insalubres, remplacement de la loi de 1850 par une procédure plus prompte et moins compliquée; au sujet des maladies infectieuses, la déclaration obligatoire et l'obligation de la vaccination anti-varioloque, l'obligation pour chaque commune d'avoir un règlement sanitaire qu'elle serait tenue d'appliquer et enfin la création d'un personnel d'inspecteurs sanitaires dans les départements.

Ce projet était excellent et il avait, avant tout, le mérite de mettre en lumière la nécessité de la création d'un personnel spécial et compétent pour faire respecter la loi. Comme le disait M. Lenglet, « il est inutile de faire une fois de plus des réformes platoniques et d'édicter des lois sanitaires, s'il n'y a pas, pour veiller à leur exécution, un service administratif compétent, ayant à la fois l'initiative et l'autorité. » C'est d'ailleurs sur ce point, qui, à notre avis, est le pivot et le centre nécessaire de toute organisation d'hygiène vraiment viable, que s'engagea le plus vivement la discussion, non pas tant à la Chambre, qui finit par voter l'ensemble du projet le 27 juin 1893, mais au Sénat, où il fut déposé le 11 juillet 1893.

Renvoyé à la Commission de la Haute Assemblée, le projet eut pour rapporteur M. Cornil. Après un travail considérable, celui-ci conclut à un nouveau projet de 38 articles qui modifiait profondément le texte de la Chambre et en bouleversait la structure. Apportant une mise au point plus nette des différents sujets, il en conservait cependant toutes les idées maîtresses. Mais, durant la discussion publique, le débat s'engagea très vivement sur les articles concernant la nouvelle législation sur les immeubles insalubres, et M. Volland, malgré l'intervention de M. Monod, réussit à faire décider le maintien de la loi de 1850. De même, il fit voter une disposition rendant facultative l'institution des inspecteurs d'hygiène par les départements.

C'était là un coup mortel porté au projet de la Chambre, modifié par la Commission du Sénat, car les deux propositions rejetées en étaient les bases essentielles. Dans ces conditions, le Sénat vota, le 15 décembre 1897, un projet où les dispositions de la loi de 1850 étaient respectées et où l'institution des inspecteurs départementaux et des bureaux d'hygiène devenait facultative. La Commission fut chargée de présenter un nouveau texte sur ces bases. Elle apporta, le 27 mars 1900, le résultat de ses travaux qui était un compromis entre l'ancien projet et les idées défendues par M. Volland. La loi de 1850 était remplacée par les textes primitivement présentés et les inspecteurs départementaux demeuraient une institution facultative, ainsi que les bureaux d'hygiène des villes, à l'exception de celles dont la population dépassait 20.000 habitants. C'est ce texte du 29 mars 1900, très légèrement modifié, qui fut enfin voté après de multiples discussions, dont la principale porta sur l'obligation du règlement sanitaire pour toutes les communes, alors que certains auraient voulu limiter cette obligation aux communes de plus de 2.000 habitants puis de plus de 1.500 habitants.

Après quelques autres modifications de détail, la loi fut enfin votée le 15 février 1902, après plus de 10 ans de discussion.

Première Partie

CHAPITRE I

Étude critique de la loi de 1902 et des différents textes postérieurs formant la législation actuelle de l'hygiène

Cette loi de 1902 constitue un immense progrès sur la législation antérieure qui, nous l'avons vu, était presque inexistante et même on peut dire qu'à l'époque où elle a été promulguée, elle constituait une des législations les mieux étudiées et les plus complètes de celles existant alors en Europe.

Cependant, à l'usage, de nombreuses imperfections se sont révélées et depuis plusieurs années déjà, de nombreuses personnalités politiques et surtout médicales se sont préoccupées d'y apporter les modifications désirables.

Comme on peut s'en rendre compte par une lecture rapide, la loi est divisée en cinq titres : le premier titre a pour sujet : Des mesures sanitaires générales, et se divise en deux chapitres, l'un : qui comprend dix articles, après avoir rappelé que la police sanitaire appartient au maire dans chaque commune et défini ses pouvoirs, ainsi que ceux du préfet et du chef de l'Etat, prescrit tout un ensemble de mesures relatives à la prophylaxie et à la lutte contre les épidémies et les maladies contagieuses (règlement sanitaire, déclaration

des maladies, désinfection, vaccination, assainissement, protection des sources). Le second s'occupe uniquement des mesures sanitaires relatives aux immeubles. Le titre II traite de l'Administration sanitaire : il prévoit l'institution obligatoire de bureaux d'hygiène dans les villes dont la population dépasse 20.000 habitants et dans les villes d'eaux de plus de 2.000 habitants et l'institution facultative d'un service d'inspection départementale. Il institue aussi le Conseil d'hygiène départemental et des Commissions sanitaires de circonscription et en détermine la composition. Il réglemente l'organisation spéciale du département de la Seine et il institue un Comité consultatif d'hygiène de France, chargé de délibérer sur toutes les questions d'hygiène et de donner ses conseils au gouvernement. Le titre III traite des dépenses, le titre IV des pénalités et le titre V de dispositions diverses.

Ce très rapide résumé nous montre que *cette loi n'est pas une loi générale sur l'hygiène publique*, mais qu'elle se contente de viser quelques points particuliers et surtout la lutte contre les maladies contagieuses et l'hygiène de l'habitation. Pour ceux qui souhaiteraient qu'il y ait en France un *Code de l'Hygiène*, comme cela semble très désirable, elle n'est donc qu'un chapitre, extrêmement important il est vrai, de l'œuvre à édifier. De plus un autre principe important qui la caractérise, c'est la grande décentralisation qu'elle institue.

Avant d'aborder la critique générale de la loi, il nous semble nécessaire de l'étudier d'une façon sommaire, en tâchant d'en faire ressortir les principales directives, d'étudier chacune de celles-ci, en insistant davantage sur celles qui paraissent appeler des modifications ou des réformes.

A cette occasion nous citerons, et s'il est nécessaire nous analyserons, les décrets, lois et circulaires postérieures qui

s'y rapportent. Cette façon de procéder donnera à cette partie de notre travail, nécessairement peu nouvelle, un peu plus d'intérêt et, en la rendant plus utile et plus originale, elle en fera une vue générale de la législation française actuelle de l'hygiène publique.

Premier point. — Pouvoirs respectifs des Maires et de l'Autorité centrale en matière d'Hygiène

La première idée maîtresse qui apparaît dans le texte de la loi est celle exprimée par l'article premier : « *Dans toute commune, le maire est tenu* afin de protéger la santé publique de » Cette phrase, placée au début de la loi, est tout à fait caractéristique et elle confirme le fait que l'hygiène est une attribution municipale. C'est le maire qui doit veiller à la protection de la santé publique dans sa commune. C'est là un des points les plus importants de la loi toute entière. « La Commission sénatoriale, dit M. Cornil, a tenu à mettre en vedette ce principe que la police sanitaire appartient au maire. »

Il en était d'ailleurs de même auparavant et la loi du 5 avril 1884, dans ses articles 91 et 97, donnait pouvoir au maire en matière d'hygiène. Mais il y a entre les dispositions de 1884 et celles de 1902 des différences énormes. En effet, par la loi de 1884, les pouvoirs du maire qui, à une première lecture, peuvent sembler considérables étaient en réalité réduits presque à rien pour plusieurs raisons :

1°) D'abord, les maires, magistrats élus, craignaient de mécontenter leurs électeurs en leur imposant des mesures dont bien souvent, surtout dans les campagnes, ni les uns ni les autres ne concevaient la nécessité.

2°) Ou bien ils se trouvaient gênés par la trop grande puissance même, dont théoriquement ils étaient investis, et ils n'osaient rien faire dans la crainte de faire trop et de tomber dans l'arbitraire. Ils manquaient de textes plus restrictifs et en même temps plus précis qui leur auraient mieux permis d'agir.

3°) De plus, le maire ne pouvait de sa propre autorité engager aucune dépense pour des motifs d'hygiène ou de salubrité, même en présence des cas les plus graves et les plus urgents, et, la plupart du temps, il ne se souciait pas de les proposer à son Conseil municipal.

4°) Enfin, une dernière raison venait de ce fait que la jurisprudence essayait par tous les moyens de rétrécir et d'annihiler ces pouvoirs du maire, justement parce qu'en théorie ils étaient pour ainsi dire absolus et par là même assez dangereux. Pour arriver à ce résultat, la jurisprudence avait coutume de décider que « si le maire peut dans un intérêt de salubrité *publique* enjoindre aux propriétaires de faire exécuter des travaux d'assainissement, il ne peut prescrire un moyen exclusivement obligatoire de faire disparaître les causes d'insalubrité. » (1) Avec une pareille décision, le maire avait pour ainsi dire les mains liées : il ne pouvait agir que dans l'intérêt de la salubrité *publique*, à l'exclusion de toute cause d'insalubrité particulière non seulement à une personne donnée, mais même à tout un groupe de personnes. Il fallait pour que le maire put agir « que les causes d'insalubrité fussent de nature à nuire non seulement aux locataires d'un immeuble mais à l'ensemble des habitants de la commune. » De plus, il ne pouvait ordonner tel moyen de désinfection

(1) Cassation 27 juin 1879 D. P. 80 1-47 Conf. Table de 10 ans, end.v. n° 15.

qui seul était efficace, et il devait laisser le propriétaire libre de choisir le procédé qui lui semblerait bon, quitte à ordonner une nouvelle désinfection si le résultat était notoirement insuffisant. Naturellement le maire se lassait vite et abandonnait la lutte. En présence de tels faits, on pouvait s'associer aux paroles de M. Vallin (1) : « On dirait que les juridictions chargées de faire respecter la loi et les décisions des maires n'ont à cœur qu'une chose : empêcher en toutes circonstances les maires de porter atteinte au droit de propriété. »

Dans le régime de la loi de 1902, au contraire, tous ces obstacles sont aplanis et chacun d'eux trouve sa condamnation dans le texte même de l'article premier.

D'abord, le maire est *obligé* de prendre des arrêtés portant l'adoption par la commune d'un *règlement sanitaire*. Donc plus de flottement, l'obligation est stricte et son sujet bien défini. Puis, le droit d'ordonner des mesures de prophylaxie, même individuelles, lui est formellement reconnu. Il pourra donc poursuivre l'assainissement des lieux et des personnes partout où cela sera utile, sans avoir à se préoccuper si en agissant ainsi il le fait dans l'intérêt de la collectivité entière ou dans celui de quelques individus déterminés. Enfin, il peut de lui-même spécifier de quelle manière la salubrité des maisons et de leurs dépendances devra être obtenue sans avoir l'obligation de respecter les fantaisies plus ou moins dangereuses de ses administrés.

En ce qui concerne l'adoption par la commune d'un règlement municipal sanitaire, le législateur, après en avoir décidé l'obligation, a déterminé quels sont les points sur lesquels obligatoirement ce règlement devrait porter et il en a donné l'énumération : précautions à prendre contre les maladies

(1) Revue d'hygiène et de police sanitaire : 1890.

transmissibles et spécialement mesures de désinfection ; prescriptions destinées à assurer la salubrité des immeubles et des agglomérations, notamment celles relatives à l'alimentation en eau potable et à l'évacuation des eaux usées. C'est naturellement là un minimum que, suivant les besoins de la localité, chaque maire peut augmenter.

De plus, se rendant compte des insurmontables difficultés que pourraient avoir certains maires, peu au courant des nécessités de l'hygiène et peu versés dans les connaissances générales nécessaires pour l'édification d'un règlement sanitaire sagement élaboré, le législateur a prévu la rédaction de règlements sanitaires types, que les maires pourraient adopter ou sur lesquels ils pourraient modeler leurs propres règlements.

Ces deux règlements, connus sous le nom de règlements A et B, s'appliquaient, le premier aux villes, et le second aux communes rurales. Il est bien évident, en effet, que les nécessités de l'hygiène ne sont pas les mêmes dans les deux cas et qu'à la campagne, ces nécessités peuvent sans inconvénients être réduites au minimum.

Ces règlements ont été soumis à une révision en 1915 et en 1917, en vue notamment de l'application des règles sanitaires dans la reconstruction des localités détruites par suite des événements de la guerre.

Nous verrons dans un chapitre ultérieur quel a été le résultat pratique de ces dispositions qui sont fort bien étudiées et très judicieusement élaborées.

Quoi qu'il en soit, et pour nous résumer, la loi de 1902, après avoir fait disparaître tous les obstacles qui venaient entraver les pouvoirs des maires en matière de salubrité, leur confirme ces pouvoirs, en leur imposant l'obligation stricte et détaillée de veiller à l'hygiène de leur commune.

Mais, si elle donne aux maires de grandes prérogatives en matière d'hygiène, la loi de 1902 réserve un droit de contrôle assez strict *aux Préfets*. Ces derniers devaient en effet approuver les règlements pris par les maires, et si ceux-ci omettaient de le faire dans le délai de une année à partir de la promulgation de la loi, leur en imposer un d'office, après avis du Conseil départemental d'hygiène.

De même, en cas d'urgence (épidémie, ou autre danger imminent) le préfet a le droit de se substituer au maire pour faire respecter et exécuter toutes les dispositions nécessitées par la situation, dans la mesure où celles-ci sont prévues par le règlement communal et que le maire ne pourrait ou ne voudrait pas faire exécuter.

Enfin, au cas d'une épidémie importante « menaçant tout ou partie du territoire de la République » et devant laquelle les services régionaux se trouveraient débordés, la loi prévoit une procédure spéciale, mise en mouvement par un décret du Président de la République, après avis du conseil consultatif d'hygiène de France et par laquelle les maires sont déchargés de leurs attributions en matière d'hygiène. Celles-ci passent à titre extraordinaire et temporaire entre les mains de délégués spéciaux qui jouissent de pouvoirs très étendus et, jusqu'à un certain point, comparables à ceux de l'autorité militaire dans les territoires soumis à l'Etat de siège. Il y a alors une véritable mobilisation, non pas contre l'ennemi du dehors, mais contre la maladie.

De même, dans le cas où une mortalité excessive, c'est-à-dire supérieure à la moyenne de la mortalité en France, existerait d'une manière permanente (pendant 3 années consécutives) dans une commune donnée, le préfet est alors tenu de faire une enquête à toutes fins utiles et notamment pour rechercher les causes de cette mortalité anormale et les moyens de la faire cesser.

Si, de cette enquête, il résulte que l'état hygiénique de la commune est mauvais et que des travaux d'assainissement sont nécessaires, le préfet en avertit le maire et, si ce dernier reste inactif, l'appelle devant le comité départemental d'hygiène. Si celui-ci ordonne les travaux, le préfet met le maire en demeure de les exécuter et si le conseil municipal ne s'engage pas à les exécuter dans le délai de un mois et ne les fait pas effectivement commencer dans celui de 3 mois, le Président de la République ordonne l'exécution de ces travaux par décret rendu en conseil d'Etat.

Telles sont les dispositions relatives au premier principe énoncé par la loi qui limitent d'une manière précise les obligations du pouvoir municipal et du pouvoir central, en matière d'hygiène publique.

Deuxième point. — Administration Sanitaire

1^o ORGANISMES D'EXÉCUTION

A. — Dans le département.

On se rappelle que le projet primitivement voté par la Chambre sur le rapport de M. Langlet comprenait un service d'inspection dans chaque département. Ce service obligatoire devait comprendre un inspecteur départemental assisté de un ou plusieurs adjoints et tout ce qui avait trait à l'hygiène dans le département était de son ressort. Mais ce projet de création d'une inspection départementale fut combattu très vivement au Sénat par M. Volland, qui le fit tomber en rendant cette création facultative pour les départements. Actuellement, c'est donc au préfet qu'il appartient d'attirer l'attention du conseil général sur l'utilité qu'il y a à créer cette fonction et de plaider la cause de l'hygiène avec assez d'énergie pour en faire comprendre la nécessité à cette assemblée.

B. — Dans les villes.

La loi n'a prévu d'organisation particulière que dans les villes dont la population atteint et dépasse 20.000 habitants. Celles-ci sont obligées de créer un bureau d'hygiène municipal, chargé, sous l'autorité du Maire, de l'application de la présente loi et, par extension, de tous les règlements d'hygiène.

Cette création est également obligatoire pour les villes de plus de 2.000 h. qui sont le siège d'un établissement thermal. Suivant l'économie générale de la loi, on retrouve ici encore l'autonomie municipale complète. le bureau d'hygiène dépend du maire et ne dépend que de lui. Il nous suffit de mentionner le fait en passant.

Le décret du 3 juillet 1905, portant règlement d'administration publique, détermine les conditions d'organisation et de fonctionnement des bureaux municipaux d'hygiène. Il est commenté par la circulaire du 23 mars 1906, qui est très explicite et dont l'importance est capitale en cette matière. Elle rappelle d'abord l'importance de cette institution pour la protection de la santé publique parce que de cette manière, plus du quart de la population française va se trouver protégée par la présence d'un hygiéniste capable et expérimenté. D'ailleurs, bien avant la loi, quelques municipalités particulièrement éclairées sur cette nécessité n'avaient pas hésité à créer de leur propre initiative et entièrement à leurs frais des bureaux d'hygiène. (1)

(1) Le premier en date fut celui du Havre et ensuite vint celui de Nancy. Il est, croyons-nous, à propos de citer quelques passages de l'arrêté du maire du Havre qui avait pour but de fonder ce bureau, et cela dès l'année 1879.

« Considérant que la santé publique est la base sur laquelle repose avant tout le bonheur du peuple, qu'elle est la première richesse d'une ville comme d'un pays, puisqu'elle a pour conséquence d'augmenter

Au cas où, le conseil municipal ne prendrait pas les décisions nécessaires pour la création de ce bureau d'hygiène, ou ne le ferait que d'une manière insuffisante, le Préfet, à qui elles doivent être notifiées, en avertirait le conseil municipal, après avis du conseil départemental d'hygiène. Si le conseil municipal persiste dans sa conduite, c'est au ministre qu'il appartient d'en imposer la création, sous forme de règlement d'administration publique, le conseil d'Etat entendu.

2^o CRÉATION DE CONSEILS SANITAIRES

La loi organise les *conseils départementaux* d'hygiène et les *commissions sanitaires* de circonscription. Elle prévoit un conseil d'hygiène par département dont les membres, au nombre de 10 à 15, comprennent nécessairement une certaine proportion de médecins, pharmaciens, architectes, etc. Le Préfet est président du conseil départemental. Mais c'est le conseil général qui est chargé, après avis du conseil départemental, de l'organisation du service de l'hygiène publique dans le département, de la division de ce dernier en circonscriptions sanitaires, de la composition des dépenses et du mode de fonctionnement du conseil départemental et des commissions sanitaires.

Elle énumère les attributions des conseils départementaux et des commissions sanitaires. Cette liste n'est pas du tout

la puissance de production et de diminuer les charges; considérant qu'il est du devoir de l'administration municipale de prendre toutes les mesures propres à rechercher les causes des maladies contagieuses afin d'y porter remède et d'en prévenir le retour; considérant que l'établissement, au Havre, d'un bureau municipal d'hygiène, ayant pour objet de connaître tout ce qui intéresse la salubrité, est d'une utilité incontestable au point de vue de la santé publique, le maire de la ville du Havre arrête... »

limitative et le texte prend soin de le rappeler « et généralement sur toutes les questions intéressant la santé publique, dans les limites de leurs circonscriptions respectives. »

Elle organise en outre un *comité consultatif d'hygiène de France*, chargé d'éclairer le ministre dans tous les cas où celui-ci le lui demande.

Certaines questions lui sont obligatoirement soumises et, en particulier, celles qui ont trait aux travaux publics d'assainissement ou d'amenée d'eau d'alimentation dans les villes de plus de 20.000 habitants et celles qui ont trait au classement des établissements insalubres, incommodes ou dangereux. Il est encore, ajoute le texte, spécialement chargé du contrôle et de la surveillance des eaux captées en dehors des limites de leurs départements respectifs pour l'alimentation des villes.

Le texte définit la composition de ce conseil supérieur, qui comprend les plus hautes personnalités compétentes, dont un certain nombre sont membres de droit à raison de leurs fonctions et les autres nommées par le ministre.(1)

(1) Un décret du 18 décembre 1902 organise le fonctionnement de ce conseil qui comprend trois sections 1° Salubrité générale, eaux potables, matières usées, habitations, services d'hygiène départementaux, conseils d'hygiène et commissions sanitaires. 2° Epidémies, désinfection, bureaux d'hygiène, vaccine, service sanitaire maritime. 3° Hygiène alimentaire, industrielle, professionnelle. Exercice de la médecine, substances vénéneuses, eaux minérales etc. Le Conseil délibère soit par sections soit en assemblée générale. Dans les deux cas la présence du tiers des membres est nécessaire.

La loi du 29 janvier 1906 élargit les attributions de ce comité consultatif, en y ajoutant la surveillance de l'exercice de la médecine et de la pharmacie et de différentes autres questions intéressant l'hygiène publique. Le nombre de ses membres et en outre porté à 35.

Le décret du 12 juin 1906 organise une section permanente composée de certains membres désignés et qui donne son avis sur toutes les ques-

Troisième point. — Mesure tendant à prévenir le développement des maladies contagieuses.

Dans ce point, nous aurons à examiner trois subdivisions : déclaration obligatoire des maladies contagieuses, vaccination antivariolique et désinfection.

1^o DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES

La loi oblige les médecins et sages-femmes à faire la déclaration à l'autorité de certaines maladies contagieuses, quand ils les diagnostiqueront chez leurs malades. La liste de ces maladies a été dressée et donnée par le *décret du 10 février 1903*, rendu après avis de l'Académie de médecine et du Comité consultatif d'hygiène de France, organisé par l'article 25 de la loi. Cette liste comprenait 13 maladies à déclaration obligatoire et en outre 9 maladies à déclaration facultative.

Un nouveau *décret du 28 septembre 1916* l'a modifiée, en ajoutant une nouvelle maladie à la première catégorie : la Poliomyélite aiguë ou maladie de Heine Médin. (1)

Cette déclaration se fait simultanément au maire et au pré-

tions sanitaires présentant un caractère urgent ou confidentiel sur lesquelles elle est consultée par le ministre.

La *loi du 25 novembre 1908* modifie à nouveau la composition du comité consultatif, en augmentant le nombre de ses membres et elle prévoit la possibilité de nouvelles augmentations, par simple décret. Le *décret du 8 janvier 1912* a usé de cette faculté.

(1) Un *arrêté ministériel du 10 février 1903* fixe le mode de déclaration de ces maladies. Cette déclaration, qui est obligatoire pour les médecins, officiers de santé et sages-femmes (mais non pas pour les parents ou logeurs) se fait sous forme de carte-lettre. Elle indique le numéro de la maladie, le nom et la demeure du malade, la date de la déclaration et, facultativement, l'indication des mesures prophylactiques déjà prises.

fet (ou au sous-préfet) afin que celui-ci puisse se rendre compte si le maire fait bien exécuter les mesures de prophylaxie et de désinfection nécessaires. En même temps, un registre statistique est tenu au chef-lieu de l'arrondissement.

2^o VACCINATION ANTI-VARIOLIQUE

Celle-ci est rendue obligatoire, sous la responsabilité des parents et tuteurs, au cours des 1^{er}, 11^e et 21^e années. La *loi du 7 septembre 1915* a ajouté à cet article le texte suivant « en cas de guerre, de calamité publique, d'épidémie ou de menace d'épidémie, la vaccination ou la revaccination anti-variologique peut être rendue obligatoire, par décret ou par arrêtés préfectoraux, pour toute personne, quel que soit son âge, qui ne pourra justifier avoir été vaccinée ou revaccinée avec succès depuis moins de 5 ans. »

Il n'est pas question dans la loi d'autres vaccinations que de celle contre la variole. Cela ne peut étonner puisque, en 1902, c'était la seule connue, ou du moins la seule qui ait donné des résultats suffisants, en tant qu'efficacité et qu'innocuité. Mais il est évident qu'avec les progrès de la science actuelle, la nouvelle législation devra prévoir les mesures à prendre relativement à la vaccinothérapie ou à la sérothérapie contre d'autres maladies. (1)

(1) Nous devons encore citer comme se rapportant à ce sujet le *décret du 27 juillet 1903*, la *circulaire du 7 août suivant*, l'*arrêté ministériel du 28 mars 1904*, sur les obligations des médecins vaccinateurs et les instructions annexes; l'*arrêté ministériel du 30 mars 1904*, sur l'application des deux arrêtés précédents; une *circulaire du 25 janvier 1907*, relative au service de la vaccine; celle du 15 avril 1908, sur les statistiques vaccinales; le *décret du 14 août 1914*, enfin, prorogé par celui du 6 novembre 1919, qui donne le pouvoir d'agir, en cas de variole, aux délégués sanitaires institués par ce décret.

3^o DÉSINFECTION

La loi de 1902, ainsi que des textes postérieurs, se sont longuement occupés de cette importante question. La désinfection est rendue obligatoire pour tous les cas des maladies prévues à l'article 4 et le législateur spécifie que les mesures de désinfection sont mises à exécution, dans les villes de 20.000 habitants et au dessus, par les soins de l'autorité municipale, suivant les arrêtés du maire, approuvés par le préfet, et dans les communes de moins de 20.000 habitants, par les soins du service départemental. S'il existe un bureau municipal d'hygiène, c'est lui qui aura la charge de ce service, sinon le service départemental l'assurera, sous les ordres du conseil départemental d'hygiène. (1)

(1) En ce qui concerne la partie purement technique et son organisation matérielle, de nombreux décrets et circulaires sont intervenus et ont, pour ainsi dire, constitué un véritable code de désinfection, clair, précis et parfaitement au point. Il y a, d'abord, sur cette matière, *le décret du 10 février 1903*. Il rappelle que la désinfection est obligatoire pour les maladies à déclaration obligatoire et que, pour celles dont la déclaration est facultative, il est procédé à la désinfection sur la demande du médecin de la famille, des administrations d'assistance ou des bureaux d'assistance. Le principe de l'obligation n'est donc pas étendu à cette catégorie. *Le décret du 7 mars 1903* donne un règlement d'administration publique sur les appareils de désinfection. Il a trait à la vérification de l'efficacité et de la bonne construction de ces appareils. Ce décret est commenté par les circulaires du 15 mars 1904, du 4 mars 1905 et du 20 février 1906.

Le décret du 10 juillet 1906 réglemente les conditions d'organisation et de fonctionnement du service de désinfection. Ce décret est très important et nous devons nous y arrêter quelque peu : le titre premier a trait à l'organisation générale. Dans les villes ayant un bureau d'hygiène, c'est le conseil municipal qui décide, après avis du directeur de celui-ci, la création d'un ou de plusieurs postes de désinfection, en détermine la composition et vote les crédits nécessaires. Ces décisions sont soumises à l'approbation du Préfet. Pour les autres communes, c'est le Conseil général qui, après avis du Conseil départemental d'hygiène,

Quatrième point. — Mesures sanitaires relatives aux immeubles

Là encore, et pour les raisons que nous avons dites, la loi de 1902 est un remarquable progrès sur l'état ancien. Et c'est fort heureux, car l'hygiène des immeubles est un des principaux moyens de sauvegarder la santé publique. Le logement insalubre constitue un danger, non seulement pour ses habitants, mais pour l'agglomération toute entière, car, comme le dit M. Rochard, à l'académie de Médecine, « la

est chargé d'organiser ces postes. Il doit obligatoirement y avoir un poste de désinfection par circonscription sanitaire et le siège de ce poste ne doit pas être éloigné à plus de six heures de n'importe quelle commune de son ressort. Ce service départemental est sous la haute direction du préfet et le contrôle est exercé par un membre du Conseil départemental d'hygiène ou par l'inspecteur départemental, s'il y en a un. A la tête de chaque commission sanitaire est un délégué, et un chef de poste dirige chaque poste, ils sont nommés par le Préfet. Le fonctionnement du service est indiqué au titre II. Cette partie du décret est parfaitement comprise et toutes les indications techniques qu'elle donne ne sauraient être modifiées. Le titre III traite des taxes de remboursement. Celles-ci sont basées sur la valeur locative de l'habitation du malade et les tarifs ont été exprès fixés très bas, de 3 o/o à 1 o/o, suivant l'importance de la commune.

La *circulaire* du 28 juillet 1906 spécifie ensuite comment il faut entendre la désinfection. Celle-ci ne doit pas attendre pour intervenir l'issue de la maladie (guérison ou mort). Elle doit s'exercer dans l'appartement et sur le linge du malade, sur ses déjections et ses excréta, dès le début de la maladie et pendant tout son cours. Sans cela, elle serait le plus souvent illusoire, puisque, auparavant, le malade aurait eu le temps de contaminer d'autres personnes. Il faut donc que les services municipaux et départementaux puissent, effectivement et de la manière la plus complète, effectuer cette désinfection ou surveiller celle qui pourrait être faite par les particuliers et il appartient au Préfet de veiller à ce que les Conseils municipaux et le Conseil général fassent le nécessaire à ce sujet.

Une autre *circulaire* du 18 mars 1907 accompagne l'envoi d'instruc-

plupart des épidémies sont filles de la saleté et de l'encombrement. (1)

La loi rend obligatoire le permis de construire dans toutes les villes de plus de 20.000 habitants. Ce permis, délivré par

tions complémentaires approuvées par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France. Ces instructions, très détaillées, et très techniques sont très bien faites et méritent d'être connues dans les détails par tous ceux qui à un titre quelconque s'intéressent à la conservation de la santé publique. Elles sont plus particulièrement destinées aux délégués sanitaires et aux chefs de poste. Elles envisagent le mode de transmission des maladies contagieuses, les procédés et appareils de désinfection, les mesures à prendre pendant la maladie et après sa terminaison. L'arrêté ministériel du 23 juillet 1907 prévoit le cas où les intéressés s'engagent à assurer par eux-mêmes les opérations de désinfection obligatoire. Il est accompagné d'annexes donnant les instructions prophylactiques applicables aux maladies se manifestant surtout par des symptômes intestinaux, pulmonaires et cutanés.

(1) C'est surtout dans les villes insalubres et dans les quartiers insalubres que les épidémies font le plus de victimes et le professeur Brouardel, à la réunion du bureau international de la tuberculose, le 5 mai 1903, a bien montré les relations du logement insalubre avec les maladies contagieuses et en particulier avec la plus fréquente d'entre elles, la tuberculose : « Je n'ai pas à refaire devant vous, disait-il, l'histoire des habitations insalubres, humides, sombres, que n'assainissent jamais ou presque jamais les rayons du soleil. J'ai démontré qu'une ville n'est pas, au point de vue de la tuberculose, insalubre dans toutes ses parties, qu'elle contient des quartiers salubres, d'autres malsains, qu'à Paris, par exemple, si dans les Champs-Élysées un groupe de 10.000 habitants perd 10 tuberculeux par an, un même groupe en perd 105 à Plaisance. J'ajouterai qu'un quartier ne fait pas un bloc d'insalubrité, qu'il contient des maisons maudites où la tuberculose fait des ravages effroyables. Les casiers sanitaires de Paris ont mis le fait en évidence. Si le tribut annuel de la mortalité tuberculeuse en France s'élève à 150.000 victimes, l'insalubrité de l'habitation semble être le facteur le plus puissant de cette effroyable hécatombe. Dans ces logements sombres et étroits, dans lesquels une chambre est souvent habitée par 4 ou 5 personnes, s'il y a un tuberculeux la contagion est fatale, le sol est souillé par les crachats du malade, le linge, les draps le sont également. »

le maire, constate que dans les plans qui lui ont été soumis les conditions de salubrité prescrites ont été observées.

En ce qui concerne les immeubles insalubres, le législateur a réglementé la procédure à suivre par le maire, et à son défaut par le Préfet, pour leur assainissement. Les différents cas qui peuvent se présenter et le moyen de se comporter vis-à-vis d'eux y sont minutieusement prévus. Qu'il suffise de faire remarquer que, là encore, c'est le Maire qui doit prendre l'initiative de cette procédure. Nous retrouvons là une disposition conforme à l'économie générale de la loi qui veut faire de l'hygiène une attribution avant tout municipale.

Une autre disposition permet l'expropriation pour cause d'insalubrité publique, lorsque celle-ci ne peut être détruite que par des travaux d'ensemble. Dans ce cas, la commune peut acquérir les propriétés nécessaires pour ces travaux. La loi du 17 juin 1915 a modifié les conditions d'application de cette prescription. Après délibération du conseil municipal et avis de la commission d'hygiène et du conseil départemental, le préfet prescrit une enquête sur l'utilité des travaux. Puis, sur son invitation, le président du tribunal convoque les propriétaires des parcelles à acquérir et une estimation de celles-ci est faite par trois experts. Ceux-ci ont à évaluer : 1° la valeur vénale des immeubles, abstraction faite des causes d'insalubrité, 2°) le montant des dépenses qu'il faudrait engager pour faire cesser ces causes d'insalubrité 3°) la valeur du terrain nu et celle des matériaux à provenir des démolitions. Puis après déclaration d'utilité publique, l'expropriation a lieu dans les formes de la loi du 3 mai 1841. Mais le jury doit fixer l'indemnité d'une façon particulière : Celle-ci doit égaler la valeur vénale des immeubles, déduction faite du montant des dépenses à engager pour les rendre salubres, sans toutefois que le chiffre ainsi obtenu puisse être

inférieur à celui du terrain nu, sur lequel sont édifiés ces immeubles.

La loi fixe ensuite le sort des locataires et autorise les communes à revendre aux enchères publiques les parcelles restant en dehors des alignements, après l'exécution des travaux, sans que les anciens propriétaires puissent se prévaloir des articles 60 et 61 de la loi du 3 mai 1841, qui crée en leur faveur un droit de préemption sur ces parcelles.

Cinquième point. — Pénalités

Sans entrer dans le détail de celles-ci, il nous suffit de dire que leur caractéristique essentielle est une extrême modération. On pourrait même trouver celle-ci exagérée si l'on pense aux dangers que peut faire courir l'inobservation de la loi : dangers qui, dans le cas de certaines épidémies, pourraient aller jusqu'à l'anéantissement d'une partie de la population et qui, dans tous les cas, mettent en péril la santé et souvent la vie d'un certain nombre de personnes.

Mais cette modération dans les pénalités a été voulue et cela pour deux raisons : d'abord, le souvenir de la loi de 1822 a rappelé qu'il ne sert de rien d'édicter des sanctions trop sévères, car, dans ce cas, la loi n'est pas appliquée et tombe toute entière en désuétude. C'est ce qui est arrivé pour cette loi de 1822 que les magistrats eux-mêmes éludaient, dans la crainte de devoir appliquer des sanctions qui leur semblaient hors de proportion avec la faute commise. La seconde raison est que le meilleur moyen d'obtenir une meilleure hygiène en France ne consiste pas à faire des lois et des décrets, mais à en faire comprendre la nécessité au public et à l'habituer peu à peu, à se rendre compte de l'utilité incontestable du respect de leurs prescriptions. Il est évident que ce serait un mauvais moyen, pour l'amener à cet état

d'esprit, assez différent malheureusement de celui qui existe chez la généralité de nos concitoyens, que de l'accabler sous des amendes ou des contraintes sévères au moindre manquement qui pourrait lui échapper.

Telles sont les principales directives qui ont été suivies par le législateur de 1902. Maintenant que nous les avons rappelées brièvement, nous sommes en mesure d'examiner si les résultats cherchés ont été atteints et si une période d'application de vingt années de cette loi a mis notre pays dans une situation convenable, au point de vue de l'hygiène. C'est ce que nous allons faire dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II

Critique générale de cette Législation

D'une façon générale, on peut dire que la loi de 1902 est inapplicable et qu'en fait elle est restée inappliquée, du moins dans un certain nombre de ses parties. Dans d'autres, elle ne l'a été que dans sa lettre et non pas dans son esprit.

Tout d'abord, la loi n'a certainement pas donné les résultats qu'on pouvait en espérer, et M. Maujean, sous-secrétaire d'Etat au ministère de l'intérieur, dans son discours à l'assemblée du Conseil supérieur d'hygiène de France, le 20 janvier 1908, l'a déclaré de la façon la plus nette « Dans beaucoup trop de régions, dit-il, la loi de 1902 reste, en plusieurs parties de ses dispositions essentielles, lettre morte ». Et il donne comme raisons : le manque d'activité déployée par les préfets, l'indifférence et la résistance des assemblées municipales et départementales, le manque de ressources financières, etc. Mais voyons quels ont été les résultats effectifs de cette législation sur chacun des points que nous nous sommes efforcés de dégager de l'ensemble de la loi :

1^o) En ce qui concerne l'adoption obligatoire des *règlements sanitaires communaux*, les dispositions de la loi auraient pu donner un excellent résultat si les maires avaient eu assez de connaissances pour en comprendre l'utilité et sentir la nécessité de leur stricte application. Malheureuse-

ment il n'en a pas été et il ne pouvait pas en être ainsi, car on ne saurait demander à un maire de village et souvent même de grande ville, d'avoir l'esprit averti de l'importance de toutes ces questions. Aussi, pratiquement, toutes ces dispositions ont-elles abouti à l'adoption pure et simple des règlements modèles par l'immense majorité des municipalités, qui n'ont considéré cet acte que comme une formalité imposée par le gouvernement. Puis une fois ceci fait, et le règlement bien à l'abri dans un tiroir, personne n'y a plus pensé. C'est une apathie et un désintéressement général et M. Clémenceau, ministre de l'Intérieur, le constatait le 27 avril 1907. « Pour les lois d'hygiène, disait-il, personne n'en réclame la mise en vigueur ; que dis-je, chacun s'ingénie à les paralyser. »

Nous avons vu d'autre part, qu'au cas où, pendant 3 années, le nombre des décès dans une commune dépasse le chiffre de la mortalité moyenne de la France, il y a lieu de prendre une série de mesures spéciales pour l'amélioration des conditions sanitaires de cette commune, s'il y a lieu. Mais cette règle se heurte à toute une procédure extrêmement compliquée, qui en fait n'est jamais appliquée. (1)

(1) Jamais est trop dire, cependant, car il y a un cas, mais un seul, de son application : il s'agit de la ville de Privas dont l'état sanitaire était notoirement déplorable. Or voici toute la série de formalités qui ont été nécessaires pour l'application de cet article de la loi de 1902.

a) constatation du fait que la mortalité a été supérieure, pendant 3 ans, à celle de la moyenne de la France.

b) enquête du conseil départemental d'hygiène, établissant que l'état sanitaire de la commune nécessite des travaux d'assainissement.

c) mise en demeure par le préfet à la commune, et non suivie d'effet.

d) délibération du conseil départemental d'hygiène relative à l'utilité et à la nature des travaux jugés nécessaires.

2°) De même, des critiques très sérieuses doivent être adressées à ce qui a trait à *l'administration sanitaire*. Ici, la loi est franchement mauvaise, parce qu'elle est insuffisante et inefficace.

Tout d'abord, en ce qui concerne la création des *bureaux d'hygiène* dans les villes, de plus de 20.000 habitants, bureaux qui sont un des rouages les plus importants de la loi actuelle, voyons quel a été le résultat obtenu? Suffisant en apparence, car toutes ou presque toutes les villes tenues par la loi à la création d'un bureau d'hygiène se sont exécutées, mais, si l'on regarde au fond des choses, il n'en est plus de même et, quelques municipalités mises à part, (comme Le Havre, Nancy et Lille, pour ne citer que celles-là) beaucoup d'autres, inconscientes de ces grandes questions, n'ont considéré leur bureau d'hygiène que comme une institution peu importante et créée seulement pour obéir à la lettre de la loi. Trop souvent, leur but n'a été que de rabaisser son rôle jusqu'à en faire un service existant presque uniquement sur le papier et ne se révélant que par une inscription sur la porte d'une des pièces de la mairie, avec, comme directeur, un médecin rétribué aussi peu que possible, et souvent moins que les garçons de bureau, et qui, naturellement, ne peut pas

e) mise en demeure du préfet au maire de présenter ses observations devant le dit conseil.

f) exécution du 3^e paragraphe de l'article 9. Le préfet transmet la délibération du conseil départemental au ministre.

g) délibération du conseil supérieur de l'hygiène.

h) enquête et conclusions de ce conseil.

i) arrêté du Ministre.

Et, si, après toutes ces formalités, le maire s'était refusé à agir, il aurait fallu faire intervenir le Président de la République qui aurait dû prendre un décret ordonnant les travaux.

Comme on le voit, cette procédure est longue et compliquée, à tel point que les préfets hésitent beaucoup avant de s'y engager.

négliger sa clientèle pour se donner à ces occupations, qui ne lui rapportent ni argent ni considération.

Aussi, ne peut-on s'étonner si cet embryon d'organisation ne joue qu'un rôle insignifiant, alors que ses fonctions devraient être extrêmement importantes. Cet état de choses est déplorable, il empêche la bonne exécution de la loi et, par là, il anéantit tous les excellents résultats qu'elle pourrait avoir. Il faudrait au contraire que les municipalités aient toujours présente à l'esprit l'importance de ce service et qu'elles soient prêtes à en améliorer le fonctionnement et à en élargir les attributions. D'ailleurs, au bout de peu de temps, elles ne se repentiraient pas de leur largeur de vue et la mortalité diminuée, l'encombrement de hôpitaux supprimé, l'augmentation de la population et, par là, l'accroissement du commerce, de l'industrie et de la richesse publique seraient une magnifique récompense et une justification élogieuse des dépenses, relativement peu considérables, qu'elles auraient dû engager.

Si, d'autre part, on considère *l'organisation de l'administration départementale*, on doit avouer que, là encore, la loi a fait presque entièrement faillite. Un certain nombre de départements, seuls, ont créé les inspecteurs départementaux d'hygiène et, là où ils existent, leur situation est loin d'être ce qu'elle devrait. Trop peu indépendants des préfets, au moins en ce qui concerne la partie technique de leurs attributions, ils sont souvent, en pratique, placés dans une sorte de dépendance vis-à-vis des bureaux de la Préfecture qui s'interposent entre le préfet et eux.

Quant aux *Conseils départementaux* et aux *Commissions sanitaires d'hygiène* créées par la loi de 1902, on ne peut dire que ces organisations ont rempli le but que le législateur s'était proposé. Celui-ci aurait voulu qu'elles fussent les conseils des maires et des préfets, et que leurs membres

ne craignissent point de délibérer sur tous les cas intéressant l'hygiène dans leur circonscription et de les étudier attentivement, afin de pouvoir donner des avis sérieusement motivés. Dans ce but, la loi laissait les Conseils généraux libres de fixer à leur gré le nombre des Commissions sanitaires, en spécifiant toutefois qu'il ne pourrait y en avoir moins que d'arrondissements. De même, elle n'a pas déterminé à quels intervalles les Commissions sanitaires et le Conseil départemental doivent se réunir, les laissant libres de le faire quand le besoin s'en ferait sentir. Néanmoins, il entrait dans les intentions du législateur que ces réunions fussent assez fréquentes : une lettre ministérielle, adressée en juillet 1905, à tous les préfets des départements dans lesquels ces assemblées n'avaient pas été réunies pendant tout un trimestre, rappelle que ce fait est tout à fait préjudiciable à l'intérêt général, et que, étant donné le nombre des questions pour lesquelles ces assemblées sont compétentes, il est inadmissible que, un trimestre entier, on omette de les réunir, sous le prétexte qu'il n'y aurait aucune affaire à leur soumettre. Cette lettre ajoute que « leur œuvre en pareille matière peut être considérée comme illimitée » et plus elles voudraient prendre d'initiatives, plus les services qu'elles sont capables de rendre seront importants.

Mais, malgré ces encouragements, l'immense majorité des Conseils généraux s'en est tenue au minimum de une Commission par arrondissement et cette unique Commission a continué à manquer d'initiative, en ne délibérant que sur les sujets qui lui sont expressément soumis par le préfet et en n'étant réunie qu'à des intervalles beaucoup trop éloignés. Enfin, d'après leur composition légale, les médecins y sont très fréquemment une minorité, alors que la majorité est formée de personnes n'ayant aucune notion d'hygiène, car il est évident qu'on peut être conseiller général, architecte

ou ingénieur, sans avoir ni la science, ni le goût de l'hygiène.

Il reste un dernier point très important, c'est celui de la rétribution des membres de ces Conseils. Celle-ci est laissée au bon plaisir des Conseils généraux, qui trop souvent, oublieux de l'importance de cette organisation n'accordent que des rétributions dérisoires. Il y a là une cause de désintéressement de leurs membres à l'égard de fonctions, qui, dès qu'elles sont gratuites ou à peu près, ne peuvent être remplies avec zèle et exactitude.

Enfin, une autre imperfection de la loi sur ce sujet consiste en ce qu'elle a institué une sorte de *dualisme* des organisations d'hygiène dans le département. Certes, ce dualisme n'était pas dans l'esprit du législateur, mais il s'est développé en fait de la façon suivante : dans les départements où il y avait un inspecteur d'hygiène, l'habitude se prit de séparer la compétence de celui-ci et celle des bureaux d'hygiène des villes de plus de 20.000 habitants, se trouvant dans le département, si bien que, très souvent, les pouvoirs de l'inspecteur d'hygiène finissaient à l'entrée de la ville et qu'au contraire le bureau d'hygiène municipal était incompétent pour ce qui avait trait aux faubourgs. Cette manière erronée d'interpréter la loi vient de ce que cette dernière organise deux espèces de services de désinfection : l'un, départemental, dépendant de l'inspecteur ou à son défaut du Conseil départemental et l'autre, communal, sous les ordres du bureau d'hygiène. Cette façon de procéder est passée dans les habitudes et, naturellement, il suffit de quelques points de friction entre les deux services pour que tout le monde ait à souffrir de cet état de choses.

3°. En ce qui concerne les *mesures tendant à prévenir le développement des maladies contagieuses*, nous allons de la

même façon examiner les trois principaux points sur lesquels la loi s'est prononcée explicitement.

a) Relativement à la *déclaration obligatoire* il faut reconnaître que la loi est très insuffisamment observée.

Les raisons qui sont causes du peu d'empressement mis par les médecins traitants à faire cette déclaration, sont complexes. L'une des principales est sans contredit l'inefficacité, et quelquefois même l'absence de mesures prises par l'administration compétente, à la suite de la déclaration. Celle-ci ne peut se justifier, en effet, que si elle a pour résultat de rendre possibles des mesures énergiques, c'est à dire une *désinfection* convenable faite, non seulement en fin de maladie, mais pendant toute la durée de celle-ci, portant sur tous les objets ayant été souillés et enfin exécutée par des personnes ayant des connaissances suffisantes pour exercer cette profession.

De plus, il faut bien constater que, même en dehors des cas où la désinfection est mal faite, ou faite d'une façon insuffisante, un certain nombre de médecins restent sourdement hostiles à la déclaration et s'y opposent de tout leur pouvoir. La question du secret médical peut se poser à ce sujet, et peut être est-elle pour quelque chose dans cette attitude; la crainte aussi de mécontenter la clientèle, par la publicité ainsi donnée à la maladie, qu'il est impossible de cacher lorsque chacun peut voir l'équipe de désinfection visiter la maison où habite le malade; et, enfin, le sentiment, absolument erroné d'ailleurs, que l'intervention de ces agents sanitaires va restreindre en quelque chose leur autorité et leur faire perdre une parcelle de leur prestige auprès des malades. Ces craintes sont chimériques, mais, pour les vaincre, il faut modifier autant que possible la mentalité médicale de façon que les médecins ne prennent en aucun cas ombrage de l'intervention de l'équipe sanitaire, et que, au lieu de la

subir avec plus ou moins de bonne grâce, ils prennent l'habitude de la provoquer. De cette façon, loin de voir leur autorité morale diminuée, ils pourraient au contraire exercer sur les opérations de désinfection un contrôle et une direction efficaces et, par là, en tirer un parti très utile pour eux en même temps que pour les familles. D'autre part, il est évident que les agents du service public doivent se considérer, notamment pour les opérations en cours de maladie, comme les collaborateurs des médecins-traitants et leur apporter le concours le plus loyal pour l'œuvre de prophylaxie qu'ils ont à réaliser d'un commun accord.

b) C'est peut-être au point de vue de la *vaccination* que la loi de 1902 a donné les meilleurs résultats. L'opinion publique y était d'ailleurs mieux préparée, car le souvenir très proche de terribles épidémies de variole lui avait mieux fait comprendre l'absolue nécessité de mesures préventives.

Cependant, on est obligé de constater que, dans un certain nombre de départements, l'organisation des services de vaccination et leur fonctionnement laisse à désirer. M. Bluzet, inspecteur général des Services administratifs, en donne les raisons dans un de ses rapports. (1) Tout d'abord, souvent un trop grand nombre de médecins sont chargés de ces fonctions et, en conséquence, s'en occupent avec beaucoup moins de zèle que ne le ferait un médecin unique pour tout le département. Celui-ci s'intéresserait davantage au bon fonctionnement général du service et y apporterait une contribution plus active, sous forme de propagande dans le public.

D'autre part, il existe beaucoup trop d'inexactitude dans l'établissement des listes des personnes soumises à l'obli-

(1) Rapport de l'Inspection générale pour l'année 1909.

gation de la vaccination. Celle-ci, d'après la loi est obligatoire au cours de la première, onzième et vingt et unième année. Or, si la vaccination du premier âge est généralement acceptée, et même réclamée par les parents, et si la seconde est encore exécutée d'une façon suffisamment fréquente, grâce à l'obligation scolaire, il n'en est pas de même de celle de la vingt et unième année. En ce qui concerne les jeunes gens, la solution est apportée par le passage à la caserne, mais, pour ceux qui sont exemptés et pour les jeunes filles, on peut dire sans exagération que « se fait vacciner qui veut » et que, par conséquent, l'obligation qui est écrite dans la loi n'existe pas en fait. Il serait pourtant relativement facile de dresser des listes exactes, en recherchant quels sont les assujettis. Ce travail, qui est rendu obligatoire par les textes, n'est pas du tout impossible à exécuter, même dans des communes très importantes, et il est très soigneusement fait à Lille, Roubaix, Dunkerque, Dijon, pour ne citer que ces quelques villes. Enfin, M. Bluzet signale qu'il faudrait améliorer le système de convocations à adresser aux assujettis, et leur envoyer un avis sous pli particulier et non pas se contenter de la voie des affiches.

c) En traitant de la déclaration, nous avons déjà été amenés à dire quelques mots de la *désinfection*. Trop souvent, celle-ci est faite d'une façon insuffisante et c'est un des points où la loi est exécutée plutôt dans sa lettre que dans son esprit. En effet, dans la plupart des départements, l'équipe sanitaire se contente d'aller, au reçu de la déclaration, visiter l'entourage du malade, obtenir de lui l'engagement d'assurer lui-même la désinfection en surface de la chambre par des vapeurs de formol. C'est ce que constate le rapport de M. Bluzet, dont nous avons déjà parlé, « à part quelques départements, dit-il, où le service fonctionne d'une façon suffisante pour qu'on puisse en escompter l'amélioration nor-

male et progressive, les autres donnent le spectacle d'un fonctionnement médiocre ou plus que médiocre et, dans certains, il n'est qu'une pure façade, alors qu'il doit être ou devenir partout une réalité. »

Cette façon de procéder est en effet insuffisante, et les agents sanitaires doivent se rendre compte si, quand la famille en a pris l'engagement, elle effectue consciencieusement et selon les règles la désinfection en cours de maladie, qui est la plus importante de toutes et, pour cela, surveiller la façon dont elle exécute les prescriptions données. Enfin, à la terminaison de la maladie, il ne faut pas se contenter d'une désinfection en surface, mais exécuter une véritable désinfection en profondeur de tous les objets (litterie, tentures, lingerie, etc.) ayant été souillés par le malade. Pour cela, la désinfection à domicile est de beaucoup préférable au transport des objets souillés au Centre de désinfection, car ce procédé offre toujours des risques de contagion, soit par imprudence, soit par l'étanchéité insuffisante des enveloppes.

C'est pourquoi il serait à désirer que tous les départements aient à leur disposition un matériel de désinfection mobile et facilement transportable. Cette question des moyens de locomotion est très importante à résoudre, tant pour les appareils que pour le personnel et, dans la plupart des cas, elle ne l'a pas été d'une façon suffisante. Il en est de même en ce qui concerne le recrutement du personnel : trop souvent, on a choisi comme chef de poste des gens n'ayant absolument aucune notion des obligations qui allaient leur incomber et on les a chargés de cette fonction sans leur donner un enseignement qui pourtant ne demanderait à être ni long ni compliqué. De sorte que ces chefs de poste, qui, d'ailleurs, presque toujours cumulent cette fonction avec une autre, (soit qu'ils soient cantonniers, garde-champêtres, concierges de mairie, charretiers, mécaniciens, etc.) manquent à la fois

d'aptitudes et de goût pour cette occupation qu'ils considèrent comme secondaire et pour laquelle ils ne touchent, la plupart du temps, que des indemnités tout à fait insuffisantes. « La plupart des cantonniers devenus chefs de poste ont fait preuve d'une grande bonne volonté, quelques uns par contre se sont désintéressés de ces fonctions, d'autres se sont trouvés retenus sur des chantiers éloignés quand on aurait eu besoin de leurs services en tant que désinfecteurs, d'autres encore n'ayant accepté ces fonctions que pour ne pas déplaire à leurs chefs, se sont montrés peu empressés à les exercer d'une manière effective, notamment par crainte de la contagion, etc. » Enfin un dernier reproche qu'il faut adresser au fonctionnement actuel, c'est le manque de direction : il faudrait que les chefs de poste soient éduqués, renseignés et surveillés par quelqu'un de compétent et qui aurait la possibilité de le faire. C'est la question des inspecteurs d'hygiène qui se pose, nous la traiterons ultérieurement.

4°. La partie de la loi relative aux *mesures sanitaires concernant les immeubles est bonne*. Il faut faire remarquer toutefois que c'est le maire, et à son défaut le Préfet, qui doit prendre l'initiative de la procédure. Nous retrouvons là le défaut capital du système qui prétend obliiger un maire, qui a de multiples occupations par ailleurs et aucune compétence spéciale, à rechercher par lui-même, si sa commune ne possède pas de bureau d'hygiène et si son département n'est pas pourvu d'un inspecteur départemental, quelles sont les maisons de sa commune qui sont insalubres.

Naturellement, à moins d'urgence absolument évidente, le maire reste quoi et le préfet, qui ne peut connaître l'état des habitations de son département, ne peut lui non plus intervenir, si bien que ces prescriptions restent le plus souvent inappliquées.

De plus, cette procédure est un peu compliquée et il serait bon que l'on cherchât un moyen de l'accélérer en la simplifiant.

Par contre, les dispositions édictées par la loi du 17 juin 1915, relatives à l'expropriation pour cause d'insalubrité et dont nous avons déjà parlé, sont suffisantes et permettent une action efficace en cette matière.

5° Enfin, un point important est celui des *crédits*. Les ressources des communes sont faibles et d'autre part elles sont surchargées de frais de toutes sortes. Il est vrai que, récemment, la part de 0,10 0/0 sur la taxe du chiffre d'affaires que la loi leur a accordée a un peu facilité l'équilibre de leurs budgets dont les ressources avaient déjà été sensiblement augmentées par l'ascension des centimes additionnels à un taux très élevé. Mais, malgré cela, c'est à grand peine qu'elles arrivent à boucler leur budget, quand elles y arrivent, et on comprend la grande hésitation des municipalités à voter des crédits importants pour l'hygiène, alors que la part prise à sa charge par l'Etat est relativement faible. Il y a là une erreur de la part du législateur, car s'il veut développer l'hygiène dans le pays, il faut, dans la plus grande mesure possible, faire en sorte que celle-ci coûte peu à ceux dont on veut en voir adopter les règles.

D'ailleurs, l'Etat a trouvé tout naturel de contribuer pour une large part (trop large même peut-être) aux œuvres d'assistance et dans certaines, comme dans celle de l'Assistance aux Vieillards, il n'a pas craint de prendre à sa charge la proportion énorme de 85 0/0 des frais. Comment donc expliquer que, lorsqu'il s'agit d'hygiène, il ait jugé différemment? On aurait cru plutôt qu'il eut fait le contraire, car, sans nier l'utilité et la haute convenance des œuvres d'assistance, il semble à priori que celles de préservation sociale sont

encore plus intéressantes. Il vaut mieux, en effet, empêcher le mal avant qu'il n'arrive qu'essayer d'y remédier quand il a produit ses effets, et on a toujours considéré avec raison « qu'il vaut mieux prévenir qu'assister, mieux empêcher la maladie que de la soigner » ainsi que l'a fait justement remarquer le Professeur Courmont- (1)

Telles sont les principales imperfections qui, à l'usage, se sont révélées dans le mécanisme de la loi actuelle. Elles sont d'importance diverse, mais certaines ont suffi pour l'empêcher de porter ses fruits. Dans les chapitres suivants, après avoir brièvement exposé les mesures spéciales prises pendant la guerre, nous étudierons les différentes propositions qui tendent, soit à remplacer, soit à modifier cette loi, puis nous nous efforcerons de dégager la solution qui nous paraît la meilleure, ou tout au moins la plus pratique, dans les circonstances actuelles.

(1) Revue de droit public 1915, page 540.

CHAPITRE III

Legislation de la Guerre

Décret du 14 Août 1914 prorogé par celui du 6 Novembre 1919

Les inconvénients que nous avons signalés au cours de cette étude ont paru si évidents que, lorsque la guerre eut éclaté, le Gouvernement s'est justement ému du peu de sécurité que donnait au pays l'organisation sanitaire en vigueur et qu'il a cru devoir y remédier d'urgence.

Dès le 14 août 1914, était publié un décret extrêmement important sur la matière et qui modifiait notablement l'organisation existante. Pour assurer la légalité de ce décret, le Gouvernement s'appuyait sur la déclaration de guerre et sur la loi décrétant l'état de siège, prétendant que, du fait même de la guerre, l'hypothèse prévue par l'article 8 de la loi de 1902 se trouvait réalisée. Par ce seul fait en effet « des épidémies menaçaient tout ou partie du territoire de la République et les moyens de défense locaux étaient insuffisants » étant donné surtout la mobilisation d'un grand nombre de médecins.

Cependant, cette base est, juridiquement, extrêmement fragile et beaucoup d'auteurs ont pensé qu'elle ne suffisait pas à assurer pleinement la légalité de ces dispositions. M. le Professeur Rolland, dans une étude très documen-

tée sur « l'administration locale en temps de guerre », (1) donne à ce sujet les appréciations suivantes : « Ce pouvoir (du Président de la République) n'est donné que pour les cas d'épidémies menaçant le territoire ou s'y développant. En outre, le Président de la République reste toujours, de l'avis de certains auteurs, (2) tenu de ne pas violer les lois existantes. Comment, dans ces conditions, un décret peut-il donner au délégué le pouvoir de *requérir* un service municipal de désinfection dont le chef est le maire ? Comment peut-il lui donner qualité pour ordonner et prendre des mesures destinées à empêcher la contamination du lait, des eaux et autres aliments ? Des lois de 1884 et de 1902 combinées, il résulte que seul le maire, et à son défaut le Préfet, ont qualité pour cela. Comment peut-il lui conférer le pouvoir de *requérir* le maire de prendre certaines mesures ? Ce pouvoir ne peut appartenir qu'au Préfet. Il ne peut dépendre d'un décret d'augmenter le nombre des agents investis du pouvoir de contrôle sur les autorités locales et de diminuer les pouvoirs des maires. »

Ce décret du 14 août 1914 vient combler les principales lacunes de la loi de 1902.

1°) Tout d'abord il divise chaque département en un certain nombre de *Circonscriptions sanitaires*. Sans préciser leur étendue, il montre qu'elles doivent être assez petites, puisqu'il spécifie qu'une circonscription peut ne comprendre qu'une commune ou même qu'une partie de commune. La di-

(1) Revue de droit public 1915, page 540

(2) Barthélémy : Le droit public en temps de guerre — Revue de droit public 1915, page 545 et suivantes.

Martin et Bluzet : Commentaire de la loi de 1902.

rection de l'hygiène, dans cette circonscription, est confiée à un médecin délégué de circonscription, qui reste placé sous l'autorité du Préfet et du délégué départemental.

Ce dernier a pour mission « de concentrer tous les renseignements d'ordre sanitaire dans son ressort, de se tenir en rapport constant avec les délégués de circonscription, de veiller à la bonne marche du service et de contrôler l'exécution des mesures prises. » Il se tient en liaison avec les autres délégués départementaux pour échanger des renseignements et pour exercer une action commune. » On voit par ce rappel presque littéral du texte, que le décret du 14 août 1914 institue ainsi, à titre obligatoire, des fonctionnaires tout à fait semblables aux inspecteurs départementaux et qu'il leur donne des pouvoirs très étendus.

2°) Le décret étend en outre l'obligation de la *déclaration* des maladies contagieuses au chef de famille et aussi au logeur chez lequel la maladie s'est déclarée. Cette prescription est faite pour toutes les maladies dont la déclaration est obligatoire, à l'exception de la rougeole, pour laquelle le système de la loi de 1902 n'est pas modifié. Pour s'expliquer cette exception, il faut savoir que c'est par suite d'une erreur que cette maladie a été mise au nombre de celles dont la déclaration était obligatoire, car il est avéré maintenant que la période contagieuse de la maladie est la période prodromique, c'est-à-dire avant l'éruption, à la période de coryza et par conséquent avant qu'il soit possible de faire le diagnostic. Dès que celui-ci devient possible, la maladie n'est plus contagieuse, aussi n'est-ce que faute d'une connaissance suffisante de ses conditions de contagiosité qu'elle a été portée sur la liste de 1902.

Cette déclaration faite au maire doit être immédiatement communiquée par celui-ci au préfet ou au sous-préfet et au délégué départemental. Ce dernier prend toutes les mesures utiles et apprécie s'il y a nécessité de recourir à la désinfection. Il est également juge de la nécessité qu'il y a à isoler le malade et le décret, plus complet en cela que la loi, lui donne le pouvoir d'ordonner cet *isolement* soit au domicile du malade, s'il le juge possible, soit dans un hôpital, ou dans tout autre local réquisitionné à cet effet et sans que le malade ni sa famille puissent s'y opposer. Le délégué est encore autorisé à rechercher les *porteurs de germes*, sains ou convalescents, par les moyens que la science met à sa disposition et, ceci fait, il avertit le préfet qui doit prendre les mesures de prophylaxie et d'isolement nécessaires.

3°) En ce qui concerne les *règlements sanitaires communaux*, le délégué sanitaire de circonscription est chargé du contrôle de leur exécution dans les communes faisant partie de son ressort et, si les municipalités restent sourdes à ses représentations, il en réfère aussitôt au préfet et à l'autorité militaire (il ne faut pas oublier que le décret est fait pour le temps de guerre et par conséquent s'applique alors que le pays est sous le régime de l'état de siège). Il a aussi tout pouvoir pour proposer au préfet et à l'autorité militaire, par l'intermédiaire du délégué départemental, toutes les dispositions qu'il jugera nécessaires dans l'intérêt de la santé publique et qui ne sont pas prévues par les textes. L'autorité statue sur ces propositions, après avis du délégué départemental.

4°) *Dépenses*. Il est spécifié que toutes les dépenses exceptionnelles et urgentes résultant des mesures prévues par le

présent décret et engagés en dehors du fonctionnement normal des services conformes à la loi de 1902, restent à la charge de l'Etat. Il ne pouvait en être autrement car le Gouvernement n'avait pas le droit d'imposer par un simple décret des charges supplémentaires aux communes. D'ailleurs, l'article 8 de la loi était formel à cet égard et il spécifiait que « les frais d'exécution de ces mesures (mesures exceptionnelles prises par le Gouvernement) en personnel et en matériel sont à la charge de l'Etat. » Même si cette disposition n'avait pas été obligatoire pour l'Etat, elle eut été désirable, car c'était le seul moyen d'éviter des contestations et des pertes de temps, plus préjudiciables en cas de guerre que dans n'importe quelle autre occasion et aussi d'augmenter d'une façon détournée la part, jusque là trop restreinte, prise par l'Etat dans la répartition financière des charges résultant des mesures d'hygiène.

D'une façon générale, on voit que le décret du 14 août 1914 a pour objet d'obtenir la connaissance immédiate des maladies susceptibles de se propager rapidement et de permettre l'emploi rapide des moyens d'action nécessaires pour les juguler. Dans ce but, il a complété la loi de 1902 en y apportant les modifications que nous venons de voir : il établit une sorte de hiérarchie entre les services d'hygiène (délégués de circonscription et délégués départementaux) et il donne à ces derniers des pouvoirs assez étendus, surtout dans le domaine prophylactique.

En plus des pouvoirs de contrôle propres aux inspecteurs d'hygiène, il en cumule d'autres nettement exécutifs (transfert d'office des malades contagieux à l'hôpital, fermeture des puits contaminés, vaccination, etc.) Enfin, il a un droit de contrôle que n'ont pas les inspecteurs sur les bureaux d'hygiène municipaux, car il est spécifié que les directeurs

de ces bureaux sont, par leurs fonctions mêmes, délégués de circonscription et comme tels, soumis à la surveillance du délégué départemental.

Le décret du 14 août n'était fait que pour la durée des hostilités. A la fin d'octobre 1919, toutes ces dispositions allaient donc devenir caduques et on allait retomber dans l'application pure et simple de la loi de 1902 dont l'insuffisance était notoire, quand le gouvernement prit le parti de proroger purement et simplement ce décret pour une durée indéterminée. C'est ce qu'il fit par un nouveau *décret du 6 novembre* 1919, de telle sorte que nous sommes toujours régis par les dispositions de 1914, quoique leur légalité soit des plus contestable.

Cependant, et pour cette raison même, c'est une situation qui ne saurait durer très longtemps. De plus, ce texte a besoin d'être lui-même remplacé par un autre plus en rapport avec les besoins et les possibilités budgétaires du temps de de paix et surtout qui tienne compte de la loi de 1902, soit pour la supprimer purement et simplement, soit pour l'amender.

Différents projets de réforme ont été élaborés selon chacune de ces deux tendances et c'est l'examen de ces différents projets que nous allons aborder maintenant.

Deuxième Partie

Projets de Réforme de la Loi de 1902

Dès le lendemain de la guerre, frappé de la nécessité qu'il y avait à réorganiser la France, après les désastres qu'elle avait subis par la perte de plus d'un million et demi de ses citoyens les plus vigoureux et aussi par l'affaiblissement de la santé et de la vigueur de centaines de milliers d'autres, par la destruction de ses contrées les plus riches et les plus prospères, par l'affaiblissement de son commerce, de son industrie et de son agriculture, en un mot, par la diminution de sa vitalité, le Gouvernement rechercha tous les moyens par lesquels il pourrait essayer de remédier à cette si funeste situation, à laquelle nous avions dû nous résigner pour obtenir la victoire.

Parmi les différents moyens de relèvement matériel, celui qui consistait à redonner la santé et la vigueur à tous les Français lui sembla un objectif particulièrement important, et il résolut de doter la France d'une législation nouvelle, apte à procurer à tous l'hygiène et la prophylaxie des maladies et à conserver à la nation la plus grande somme de vigueur et de santé possible. C'était un but d'autant plus urgent qu'il fallait au plus vite arrêter dans leur marche en-

vahissante la tuberculose et la syphilis, qui à la faveur de la guerre, avaient fait de très grands progrès et aussi songer à la situation sanitaire de toute la malheureuse population des régions libérées, habitant au milieu des ruines, dans des villes où n'existaient plus ni distribution d'eau, ni canalisation de gaz, ni réseaux d'égouts et qui n'avait pour se loger que des caves toujours malsaines, ou des baraquements provisoires, tout à fait insuffisants pour les protéger contre les rigueurs du froid.

C'est dans cette intention que fut pris le *décret du 6 novembre 1919*, prorogeant celui du 14 août 1914. De cette façon, le Gouvernement pouvait, sans retomber dans toutes les entraves de la loi de 1902, attendre l'élaboration d'une loi nouvelle, qui permit une réorganisation sanitaire complète du pays. Ceci fait, il chercha à s'entourer de tous les renseignements utiles et pria M. le Professeur Léon Bernard, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, et M. Lacroix, conseiller d'Etat, de bien vouloir établir sur ces bases un avant-projet de réforme. Puis, cet avant-projet fut soumis à l'Académie de médecine, d'une part et au Conseil supérieur de l'hygiène, de l'autre et ces deux corps savants, également qualifiés, furent priés de bien vouloir l'étudier et l'amender selon qu'ils le jugeraient utile. Le résultat de leurs travaux fut l'adoption de deux projets de réforme, à peu près semblables, mais dont l'adoption donna lieu à l'Académie à une discussion pleine d'intérêt.

D'autre part, de nombreux spécialistes des questions d'hygiène manifestèrent des tendances différentes, et, sans les codifier dans un projet unique, les indiquèrent dans une série d'articles et de rapports.

Sur des points particuliers, des propositions de lois furent même déposées sur le bureau des Chambres, par dif-

férents sénateurs ou députés et en particulier par MM. Doizy, Constant, Pottevin et Pierre Even.

Nous nous trouvons donc en présence de deux points de vue très différents :

1°) Celui de la majorité des membres du Conseil supérieur d'hygiène et de l'Académie de médecine, et que représentent les projets que nous venons de mentionner — projets qui tendent à supprimer la loi actuelle, pour la remplacer par des dispositions complètement différentes.

2°) Celui de certains membres de ces corps savants et de différentes personnalités appartenant à l'administration ou au monde parlementaire, et qui tend à une simple modification de la législation actuelle.

Nous allons avoir à examiner ces deux tendances et à rechercher en quoi leur réalisation est, non seulement désirable, mais aussi possible dans les circonstances où le Pays se trouve actuellement. Mais, avant d'entrer dans cet exposé et de risquer aucune critique, nous tenons à dire hautement notre profond respect pour les différentes opinions que nous allons examiner et pour ceux qui les ont soutenues. Nous voulons particulièrement proclamer toute la gratitude que nous conservons à nos Maîtres le Professeur Léon Bernard et le docteur Calmette pour les enseignements si précieux, dont ils ont bien voulu nous faire profiter.

CHAPITRE PREMIER

Projets tendant à remplacer la loi de 1902 par une législation entièrement nouvelle

1^o DIRECTIVES DU PROJET

ADOPTÉ PAR LE CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE

Ce projet est caractérisé de l'avis même de ses auteurs par les dispositions suivantes :

1^{er} principe : caractère obligatoire de l'organisation des services publics d'hygiène. La Commission fut unanime sur ce principe et tous ses membres d'un commun accord votèrent que « nul point de la France ne doit être privé des ressources des services publics d'hygiène et que, par conséquent, l'organisation de ce service doit être, non plus facultative, mais imposée par la loi à toute l'étendue du territoire ». Nous avons vu d'une façon assez détaillée qu'il n'en était malheureusement pas ainsi à l'heure actuelle et qu'à part les villes de plus de 20.000 h., dont le directeur du bureau d'hygiène est censé veiller soigneusement à l'exécution des lois sanitaires et du règlement communal, dans toutes les autres communes, il n'y a que le maire pour faire respecter des règles dont le plus souvent il ne comprend pas l'utilité, ou dont il se soucie beaucoup moins que de sa tranquillité et de sa réélection. Le principe de l'obligation de la création des services publics d'hygiène est donc une des plus utiles réformes que l'on

doive espérer de la loi future. C'est un retour vers les idées de la commission du sénat et du projet Cornil de 1899.

Cette idée s'est d'ailleurs maintenant très répandue dans les esprits, et l'exemple de l'étranger est là pour nous encourager, car, dans toutes les grandes nations modernes, ce principe est admis et respecté, et certaines, comme les Etats de l'Europe du Nord et les Etats-Unis, lui ont donné une application très large et très sagement comprise.

2° principe : organisation uniforme de ces services, faisant cesser le dualisme entre les services départementaux et communaux, dualisme dont nous avons expliqué l'origine. Sur cette proposition la commission fut encore unanime : Si on veut bâtir un système solide et viable, il faut que les conditions de son application soient les mêmes dans toutes les parties de la France et qu'il n'y ait pas, en cette matière, part à la fantaisie, pas plus qu'il n'y a plusieurs systèmes d'organisation pour la justice ou pour l'instruction publique.

On ne peut tolérer que l'administration départementale et l'organisation municipale continuent à se faire mutuellement échec, au lieu de collaborer pour le bien général. Il faut aussi que la réglementation de l'hygiène ne soit pas laissée à l'initiative des conseils généraux, qui n'ont pour cela aucune compétence, et auxquels leur caractère de corps élus leur interdit, tout comme aux maires, d'exiger un respect absolu des règlements, et les empêche de consentir toutes les ressources qu'il conviendrait dans ce but de haute utilité sociale, mais de résultat immédiat souvent peu apparent.

Cela ne veut pas dire, d'ailleurs, qu'il faille supprimer toute l'organisation municipale, comme l'ont pensé les auteurs du projet, et nous verrons ultérieurement comment

on peut concilier ces deux éléments en apparence contradictoires. Le conseil supérieur, lui-même, a du faire une exception au principe qu'il venait de poser, en admettant que Paris et certaines grandes villes, qui seraient ultérieurement désignées, pourraient conserver une organisation municipale d'hygiène, sous le contrôle des agents de l'Etat. Cette exception était obligatoire, étant donné le nombre et l'importance des organismes d'hygiène dans les grandes villes, et sous peine de surcharger les fonctionnaires de l'Etat d'obligations innombrables.

3° principe : *Emancipation de ces services de l'autorité municipale et émanation de l'autorité de l'Etat*. La nécessité de cette réforme ressort de tout ce que nous avons dit au sujet de l'application de la loi de 1902. Nous avons vu l'impossibilité où est le maire d'être d'une façon effective le gardien des réglemens d'hygiène, soit par lui-même, comme c'est le cas dans les campagnes, soit par son bureau d'hygiène dans les grandes villes. Ce n'est donc pas lui qui doit être chargé de l'exécution des prescriptions d'hygiène. « Faire de l'hygiène publique, c'est léser des intérêts particuliers, c'est combattre la routine et les préjugés, c'est engager des dépenses, c'est en un mot travailler dans l'intérêt public, sans se laisser arrêter par des intérêts privés. Comment demander cela à un maire ? Le souci, d'ailleurs légitime, de sa réélection le lui interdit presque toujours. » (1) Il faut donc décharger les municipalités de ce soin, elles ont déjà de lourdes charges, et elles seront enchantées si on les délivre de ce fardeau.

Les services d'hygiène doivent être, sinon un service

(1) Cité par Courmont : Précis d'hygiène 1914, page 49.

d'Etat (et à ce sujet nous aurons à examiner plus loin les raisons données par les partisans et les adversaires de cette opinion) du moins un service contrôlé par l'Etat, car la santé publique intéressant la collectivité toute entière, il est naturel que l'Etat ait sur elle un droit actif de commandement et de surveillance, et qu'il ait, en fin de compte, les pouvoirs suffisants pour imposer à tous l'application et le respect des dispositions nécessaires.

Ce que nous venons de dire pour les municipalités est à peu de chose près aussi vrai en ce qui concerne les préfets. La loi les charge de prendre des décisions relatives à l'hygiène et de forcer les maires récalcitrants. Mais ces préfets, outre qu'ils ont bien d'autres occupations, ne sont pas compétents et de plus, ils restent dans l'ignorance de ce qui se passe dans leur département, relativement à l'accomplissement des lois d'hygiène. Qui donc les renseignerait, puis-que la loi n'a pas cru devoir rendre obligatoire la création des inspecteurs départementaux? Qui donc, en fait, exerce le contrôle de l'application des arrêtés préfectoraux et municipaux? Personne absolument dans la ville de moins de 20.000 habitants, et bien souvent personne encore dans les autres, étant donné ce que nous savons de l'insuffisance des bureaux d'hygiène. Il se produit donc, dans la législation actuelle, ce curieux phénomène que le législateur peut faire des lois, le préfet prendre des arrêtés ainsi que le maire, mais qu'il n'y a dans le département aucun rouage actif obligatoire pour assurer l'exécution de ces décisions.

L'insuffisance de la loi à cet égard est manifeste, et il est tout à fait nécessaire de rendre obligatoire l'institution des inspecteurs départementaux ou de tout autre fonctionnaire analogue. C'est ce qui a conduit les auteurs du projet à énoncer leur quatrième directive.

4^e principe : *Constitution d'un corps autonome, d'une haute compétence technique ne dépendant pas de l'autorité préfectorale, mais relevant directement et exclusivement du ministère de l'hygiène.* Sans nous occuper pour l'instant de la seconde partie de cet énoncé, par lequel ces fonctionnaires devraient être absolument indépendants des préfets, car nous aurons à discuter ce point ultérieurement, nous nous contenterons ici de réfuter les arguments que certains emploient pour s'opposer à leur création. Ils objectent que cet inspecteur, en imposant d'une façon effective l'observation des règlements d'hygiène, sera une entrave au plein exercice de la liberté individuelle.

C'en sera une, certainement, si on entend par liberté le droit de faire tout ce qui plaît, sans se soucier des conséquences que ces actes peuvent avoir sur autrui. Mais, dans ce cas, la restriction d'une telle liberté est juste et désirable, et le bien de la communauté sociale l'exige. Il ne faudrait pas croire, en effet, que l'homme n'a que des droits, vis-à-vis de ses semblables et vis-à-vis de la société, et, sans vouloir, à l'exemple de J.-J. Rousseau, faire remonter l'origine de la vie en commun à un véritable contrat social, où chaque homme aurait, en échange de droits et d'avantages bien définis, aliéné une partie de sa liberté, et se serait volontairement imposé des devoirs, il n'en est pas moins vrai que, pratiquement, la situation est comme si ce contrat avait existé, c'est un *quasi-contrat*, et, en échange des multiples avantages que la communauté procure à l'individu, (avantages qui ne sont pas niables, et dont chacun jouit à tout instant) elle a parfaitement le droit d'imposer à chacun de ses membres des restrictions à leur liberté et des obligations précises pour sauvegarder l'intérêt général.

Il y a un souvenir historique éminent que l'on peut invo-

quer à cette occasion : la déclaration des droits de l'homme et du citoyen, qui fut la charte de la liberté humaine, dit que cette liberté « consiste à pouvoir faire tout ce qui ne nuit pas à autrui. Ainsi, l'exercice des droits naturels de chaque homme n'a de bornes que celles qui assurent aux autres membres de la société la jouissance de ces mêmes droits. Ces bornes ne peuvent être déterminées que par la loi. » Il est évident que l'observation des lois d'hygiène rentre pleinement dans ce cadre, et que l'oubli de leurs prescriptions est un des plus graves manquements qui soient au respect de la liberté d'autrui. En effet, le droit primordial de tout individu est celui qu'il a de conserver sa vie et sa santé, or, c'est là le seul but de toute la législation en matière d'hygiène. Il est tout aussi logique d'interdire à un tuberculeux de cracher par terre, à un scarlatineux de distribuer des poignées de main à tout son entourage, ou à un propriétaire de loger ses locataires dans un immeuble insalubre, qu'à un empoisonneur de verser, pendant des mois, de petites doses d'arsenic dans la nourriture de celui dont il veut la mort. Il y a identité entre ces différents actes, sinon dans l'intention, du moins dans le résultat final, puisque, dans tous ces cas, la vie humaine est mise en péril. Il est certain que de telles affirmations sont de nature à paraître exagérées et à soulever des protestations indignées de la part d'un grand nombre de personnes qui se feraient scrupule de dérober le moindre objet à leur voisin, mais qui ne peuvent comprendre qu'ils lui portent un préjudice beaucoup plus grave, en négligeant les lois les plus élémentaires de la salubrité. C'est la preuve d'une mentalité défectueuse, suite d'une éducation très incomplète, en ce qui a trait à l'hygiène et à ses nécessités. Il y aurait là, certainement, une grande réforme à faire dans l'esprit public ; nos instituteurs devraient

être convaincus que, s'il est utile d'enseigner à leurs élèves les rudiments de la grammaire et de l'histoire, il est bien plus nécessaire encore de leur donner des notions précises sur l'hygiène. Heureusement, cet état d'esprit commence à devenir celui d'un nombre sans cesse plus grand d'individus, mais il y a encore beaucoup à faire à ce point de vue. Ce sera, en effet, seulement par ce moyen qu'on pourra obtenir une stricte observation des règlements, en cette matière, car en France, plus particulièrement, on n'obéit qu'aux ordres qu'on comprend bien et dont on a reconnu l'évidente utilité.

Le jour où ce résultat aura été atteint, il ne se trouvera plus personne pour douter de l'utilité d'un fonctionnaire chargé de faire observer la loi et de donner les conseils que sa compétence lui suggérera.

Qu'on ne se laisse pas influencer par la pensée que cette réforme va faire naître un grand nombre de fonctionnaires nouveaux, alors que notre malheureux pays en est déjà accablé. Outre que la réforme peut se faire avec un nombre très limité de spécialistes, (si toutefois on veut s'en tenir, pour l'instant, au strict minimum, et ne pas chercher à réaliser dès maintenant une organisation plus parfaite, mais très coûteuse) on ne doit pas se laisser arrêter par cette objection, car, si on met en parallèle le nombre de ces fonctionnaires nouveaux et leur coût avec le bien immense qu'ils peuvent faire au pays, l'hésitation ne peut pas être possible pour toutes les raisons que nous venons d'exposer.

Nous verrons ultérieurement comment ces inspecteurs d'hygiène doivent être le pivot de toute l'organisation sanitaire en France, les qualités qu'on devra exiger d'eux et les fonctions qu'il conviendra de leur confier.

5^e principe : *Répartition régionale des services publics d'hygiène : division de la France en régions sanitaires, subdivisées elles-mêmes en circonscriptions sanitaires.* Cette résolution n'a pas trouvé l'unanimité des membres de la commission, du moins en ce qui concerne la division de la France en régions. Nous n'y insistons pas, pour le moment, car nous aurons à exposer ces idées plus longuement, quand nous étudierons le projet de réforme de l'Académie de Médecine. Il en est de même pour le sixième principe de l'avant-projet, qui n'a pas été admis par la Commission et qui voulait la superposition des régions sanitaires aux régions économiques.

Nous ferons seulement remarquer qu'un projet élaboré sur de telles bases suppose bien la suppression complète de la loi de 1902 et son remplacement par une législation nouvelle, puisqu'aucune des dispositions actuelles n'est conciliable avec ces principes : la police sanitaire est enlevée aux maires ; les bureaux d'hygiène sont supprimés ; les inspecteurs d'hygiène, dépendant des Conseils généraux, sont remplacés par des médecins de circonscription. L'organisation départementale est supprimée, ainsi que les pouvoirs du Préfet, car il n'est pas même prévu d'organisme spécial au département, et le groupement des circonscriptions se fait au chef-lieu d'une région groupant plusieurs départements. Comme conséquence, les Conseils départementaux et les Commissions sanitaires sont supprimés et remplacés par d'autres, au siège des circonscriptions et des régions. Enfin, malgré ce que dit le texte ci-dessus, il est impossible de conserver les dispositions de la loi de 1902, en ce qui concerne les dépenses, tout au moins pour celles qui ont trait à l'administration sanitaire, puisque les villes n'auront plus à payer leurs bureaux d'hygiène, ni les départements à con-

tribuer très largement à la rémunération des inspecteurs départementaux.

Quant à la partie technique de la loi, elle n'est évidemment pas touchée par ces modifications d'ordre administratif, mais les progrès actuels de la science exigent qu'elle soit remise au point et largement complétée, si bien qu'elle aussi sera nécessairement bouleversée par la nouvelle législation.

2^e CONCLUSIONS DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE ET EXAMEN DU PROJET DE RÉFORME ÉLABORÉ PAR SA COMMISSION

L'Académie de Médecine, de son côté, vota dans la séance du 26 avril 1921, et après une longue discussion de près de six mois, un certain nombre de conclusions présentées par le rapporteur, le Professeur Léon Bernard, et que voici :

1) Il y a lieu de créer sur tout le territoire une organisation obligatoire des services d'hygiène, pourvus d'un personnel de médecins spécialistes, chargés de les faire fonctionner et relevant de l'autorité directe du ministre de l'Hygiène.

2) Le territoire de la France sera divisé en circonscriptions sanitaires, à la tête desquelles seront placés des médecins sanitaires de circonscription. Ces circonscriptions seront assez petites pour que les médecins puissent entrer en contact intime et permanent avec la population, le corps médical et les autorités administratives. Les circonscriptions sanitaires sont groupées par régions sanitaires, sous la direction des médecins inspecteurs régionaux. Les territoires de groupement ne doivent pas être nombreux, le rôle d'inspecteur nécessitant des garanties particulières de compétence et de valeur et la zone d'inspection devant être suffisamment étendue.

3) Paris et les villes désignées par un règlement d'administration publique conservent une organisation sanitaire municipale, celle-ci étant placée sous le contrôle de l'inspecteur sanitaire régional dépendant de l'Etat.

4) L'initiative des officiers sanitaires pour la prescription des mesures d'hygiène permanentes ou temporaires est aussi élargie que possible, l'exécution étant réservée aux autorités administratives.

5) La déclaration des maladies transmissibles est faite aux médecins sanitaires, elle est obligatoire pour les chefs de familles, d'institutions et les médecins.

6) Les revaccinations antivarioliques sont obligatoires au cours de la septième, de la treizième et de la vingtième année, elles peuvent être rendues obligatoires en dehors de ces conditions d'âge dans des circonstances exceptionnelles, par arrêtés préfectoraux.

7) Les autres mesures destinées à combattre les maladies transmissibles sont : la vaccination et l'immunisation préventive ; l'isolement ; la désinfection ; enfin les mesures exceptionnelles à opposer aux épidémies ; des mesures rigoureuses de protection des eaux potables, étendues aux parcs à coquillages, ainsi qu'à l'épuration des eaux usées ; à l'égard des immeubles, des stipulations visant à une protection plus efficace, grâce à des procédures moins compliquées et à des sanctions plus sévères, enfin à l'intervention constante des médecins sanitaires.

Ces conclusions sont le résumé, et, comme l'a fait remarquer le rapporteur, l'approbation de principe et en bloc du projet de réforme élaboré par la Commission de l'Académie, sur la demande du Gouvernement. C'est en leur donnant cette signification que les membres de l'Académie les ont

adoptées, non sans une très vive opposition de certains d'entre eux, dont nous aurons à exposer les arguments quand nous ferons l'examen critique de ce projet de réforme.

Celui-ci est presque identique à celui approuvé par le Conseil supérieur d'hygiène, et c'est la raison pour laquelle nous négligerons de faire une étude particulière de ce dernier, l'exposé que nous allons faire du premier pouvant lui être appliqué entièrement. (1)

Tout d'abord il est, croyons-nous, nécessaire de faire remarquer que ce projet comprend des mesures de nature différente et qu'on peut le diviser en deux sections : la première, relative à l'organisation administrative des services sanitaires et comprenant le titre I^{er}, et la seconde, ayant trait aux dispositions techniques que permet de prendre l'état des connaissances scientifiques actuelles, et qui sont groupées sous les titres suivants.

I. — Organisation des Services sanitaires

En ce qui concerne la partie relative à l'organisation des services sanitaires, il faut remarquer que son adoption suppose la suppression complète de l'état de choses actuel et son remplacement par un ensemble de mesures toutes nouvelles. Il ne s'agit pas là d'une modification, mais d'une réédification. M. Léon Bernard l'a très explicitement déclaré à l'Académie (séance du 26 avril 1921) : « Nous nous trouvons, dit-il, en présence d'une question de méthode. Les uns voudraient conserver le cadre général de la loi de 1902, qu'ils

(1) Pour cet exposé, nous avons tout particulièrement puisé dans l'excellent commentaire que M. le Professeur Bernard a fait lui-même de son projet à la séance de l'Académie de Médecine du 11 janvier 1921.

approuvent, et, dans les limites de ce cadre apporter les remaniements, les transformations que l'état actuel de nos connaissances exige. Sans doute, le succès serait ainsi plus facile et la réforme plus aisément réalisable, mais nous croyons fermement qu'elle serait vaine et inopérante, et qu'en donnant une apparence de satisfaction aux légitimes réclamations suscitées par la pratique de la loi de 1902, elle ne ferait que reculer le progrès réel que nous voulons et enraciner les errements que nous déplorons.

« En effet, c'est le principe même de la loi que, avec la quasi-unanimité des hygiénistes, nous croyons mauvais et au surplus responsable de l'état rétrograde et défaillant de l'hygiène publique de notre pays, puisque presque vingt années d'exercice de la loi n'ont pas suffi à amender cette situation. Aussi *estimons-nous nécessaire, non pas de réformer la loi, mais de la supplanter* et de poursuivre en dépit de toutes les difficultés, que nous ne songeons pas à nier, l'instauration d'un régime nouveau, capable d'élever enfin la France, au point de vue de ses organisations de salubrité, au niveau des autres nations civilisées. » Ces intentions apparaissent clairement dans le projet élaboré, dont nous allons maintenant essayer de dégager les principales directives.

Dès le début de la loi, les tendances nouvelles s'affirment avec force et l'article premier, spécifiant que la protection de la santé publique incombe au Ministère de l'Hygiène, s'oppose très nettement au texte de 1902, dans lequel cette obligation est presque exclusivement municipale. Désormais, plus de flottement, plus de différence entre les communes, suivant les dispositions des maires et des conseillers municipaux, ni entre les départements, suivant les conceptions particulières des Préfets et des Conseils généraux : unification des mesures relatives à l'hygiène, organisation

obligatoire et uniforme des services, l'Etat se chargeant d'assurer une hygiène convenable à tous les citoyens, comme il leur fournit déjà l'instruction publique et leur distribue la justice.

Pour arriver à ce résultat, la suppression complète de tous les organismes locaux (à de rares exceptions près) a paru nécessaire, ainsi que la constitution de tout un réseau de spécialistes, assistés de conseils, couvrant tout le territoire de la France, et ne dépendant absolument que du pouvoir central.

Ceci implique deux réformes fondamentales : d'abord, la constitution d'un Ministère de l'Hygiène très développé, jouissant d'une autorité incontestée, ayant un champ d'action très étendu et presque illimité, et, par contre, pouvant disposer de crédits extrêmement importants, et ensuite, la centralisation absolue de toute l'organisation sanitaire.

1 CIRCONSCRIPTIONS ET RÉGIONS SANITAIRES

Pour assurer cette protection de la santé publique, le projet divise la France en *circonscriptions sanitaires*, groupées elles-mêmes en *régions sanitaires*. La pièce maîtresse de cette organisation est la circonscription, qui joue le rôle de l'alvéole dans la ruche ; elle est dirigée par le médecin sanitaire de circonscription, et sa superficie ne saurait être très grande : une ville importante ou une portion d'arrondissement, le maximum étant deux arrondissements, quand la faible densité de la population, le petit nombre d'agglomérations et la grande quantité de forêts ou de montagnes sur son territoire, ne sauraient donner une occupation suffisante au médecin sanitaire sur une superficie moindre. D'ailleurs, le nombre et les limites des circonscriptions sont laissées à l'apprécia-

tion du Gouvernement, qui les déterminera par décret. Le point important à remarquer, c'est que la superficie de cette « cellule sanitaire » sera dans tous les cas assez petite pour que le médecin qui en aura la direction puisse la parcourir facilement, en connaître les maires et les différentes autorités et se renseigner d'une façon précise, sur les établissements industriels, les usines, les différentes agglomérations qu'elle renferme. Il devra aussi pouvoir entrer en relation directe avec les habitants des communes de son ressort, connaître leur genre de vie, leurs occupations, l'état de leurs habitations et leur donner tous les conseils nécessaires. Enfin, il se tiendra en contact permanent avec les médecins traitants et les associera d'une façon très intime à son œuvre de régénération.

« Protéger la santé c'est, dit encore le rapporteur, exercer une action de chaque jour contre les endémies permanentes qui la ruinent sans trêve, par l'éducation et par la stricte observation d'une série de mesures menues mais incessantes. »

Mais ces circonscriptions sanitaires, étant donné justement leur peu d'étendue et leur multiplicité, ne pourront rester isolées, et c'est pour les relier entre elles que le projet a prévu la constitution de grandes *régions sanitaires*, groupant toutes les circonscriptions de plusieurs départements, centralisant leurs renseignements et présentant une vue générale de la situation hygiénique de toute une portion de la France. Ainsi comprise, l'utilité de cette région est incontestable; le point le plus discuté fut celui de savoir si on limiterait cette région à l'étendue d'un département, afin de la maintenir dans le cadre administratif actuel, ou si au contraire, on l'étendrait à plusieurs départements. Les principales raisons en faveur de la première opinion étaient les suivantes : la superficie du département est déjà suffisante pour une direc-

tion, si on veut que le directeur en connaisse bien toutes les circonscriptions. De plus, le directeur départemental sera mieux placé pour agir en liaison avec le Préfet et aussi avec les services départementaux qui touchent à l'hygiène, (vétérinaire, ingénieur des Ponts et Chaussées, etc). Mais en faveur de la région, d'autres motifs militaient et la Commission s'est rangée à cette dernière opinion, frappée qu'elle a été des avantages offerts par cette combinaison. Le directeur régional sera plus indépendant vis-à-vis du Préfet et son indépendance ne sera pas pour cela une rivalité, ce qui aurait plus de chance de se produire si le département était choisi. La région est une division plus logique et plus naturelle que le département, le courant général de l'opinion publique lui est de plus en plus favorable, et la facilité actuelle des communications fait que, pour un organisme de direction et de contrôle, le département serait trop petit. Raison d'économie, car, au point de vue budgétaire, il n'est pas indifférent de créer 90 inspecteurs, ou seulement 15 ou 20. Raison de compétence, enfin, car, étant donné les qualités que l'on sera en droit d'exiger des fonctionnaires auxquels on confiera ces inspections : connaissances générales et spéciales (médecine, hygiène, bactériologie, sociologie, droit,) jointes à la faculté d'organisation et à l'obligation d'une vie très active, assez fatigante et nécessitant une aptitude physique toute particulière, il est certain que, dans les circonstances actuelles, alors que la science de l'hygiène n'est encore qu'imparfaitement connue, même des médecins, il serait très difficile de trouver un nombre suffisant de personnalités de premier plan aptes à remplir ces fonctions. Enfin, la région permet de grouper d'une façon plus efficace les renseignements fournis par les médecins de circonscriptions et de diriger et contrôler leurs travaux; elle permet également d'utiliser

avec le maximum de rendement tous les organes qui devront être joints nécessairement à l'organisation sanitaire : laboratoires, dispensaires d'hygiène sociale, écoles d'infirmières visiteuses, sanatoria, préventoria, etc.

On s'est demandé si on devait assimiler ces régions aux ressorts des académies, les avantages que l'on trouvait dans une pareille combinaison étaient assez considérables. La présence de l'académie faisait en effet supposer l'existence dans la région de personnalités compétentes en hygiène. On avait dans certains des professeurs de la faculté ou des écoles de médecine des conseillers techniques tout trouvés, capables d'apporter à l'organisation de la région un secours particulièrement précieux. Il en était de même en ce qui concerne les laboratoires, ceux de l'Université pouvant à la rigueur éviter d'en créer de nouveaux, ou tout au moins fournir pour la création des laboratoires d'hygiène de la région un très utile concours. Malgré cela, la commission n'a pas cru devoir adopter cette manière de voir pour la raison tout à fait juste que les ressorts académiques avaient été créés sans aucun souci de l'éthnographie du pays, qu'ils n'offraient pas une importance comparable, tant par la superficie que par la population, et qu'ils ne tenaient aucun compte ni de l'uniformité du pays ni des facilités de communication.

Pour des raisons analogues, la commission n'a pas voulu identifier les régions sanitaires aux régions économiques, voulant que leurs limites ne soient tracées que d'après des causes relevant purement de l'hygiène ; tout comme les régions militaires ont leurs limites choisies suivant un plan exclusivement militaire. Il a été admis toutefois, que ces régions ne devraient en aucun cas sectionner un département, à cause des difficultés d'ordre administratif auxquelles donnerait lieu cette façon de faire.

2^o MÉDECINS SANITAIRES ET INSPECTEURS RÉGIONAUX

A la tête des circonscriptions sont des médecins sanitaires et à celle des régions se trouvent des inspecteurs régionaux. Les premiers sont nommés, au concours sur titre et épreuves, par le ministre de l'hygiène, les seconds sont choisis par le même ministre, sur présentation du Conseil supérieur d'hygiène. Les uns et les autres doivent être médecins et en cela le projet de la commission diffère de l'avant-projet gouvernemental, qui n'exigeait pas cette qualité pour les inspecteurs régionaux, prévoyant que ce pourrait être des professeurs ou agrégés de sciences, de hauts fonctionnaires, etc. La commission n'a pas suivi cet avis, pensant avec raison que, si les fonctionnaires d'arrondissement devaient avoir le diplôme de docteur en médecine, il serait tout à fait critiquable de dispenser de cette obligation les inspecteurs régionaux, qui seront leurs supérieurs hiérarchiques. Une telle situation aboutirait à cette conclusion bizarre qu'il faudrait des connaissances plus grandes pour remplir les fonctions inférieures que celles exigées pour l'échelon supérieur. Et, dans ce cas, quelle serait l'autorité des inspecteurs non médecins vis-à-vis des médecins de circonscription? Comment pourraient-ils apprécier et juger leurs travaux d'ordre médical, s'entretenir avec eux des questions de prophylaxie et leur donner des conseils? Ils devront donc être tous médecins, et, en outre, s'interdire le droit de faire de la clientèle, en prenant l'engagement de se consacrer entièrement à leurs fonctions. Celles-ci, d'ailleurs, sont loin d'être insignifiantes, et à leur simple énoncé on est au contraire frappé de l'énorme somme de travail qu'ils devront fournir, pour parvenir à les remplir convenablement.

En ce qui concerne les inspecteurs régionaux, les au-

teurs du projet n'ont pas voulu maintenir les dispositions de l'avant-projet ministériel, qui faisait de ces fonctionnaires de véritables super-directeurs d'hygiène, avec des pouvoirs considérables et dont le rôle serait de confirmer les actes des médecins de circonscription et de faire passer par un double examen toutes les décisions que devraient prendre ces derniers. Ce serait tout à fait inutile, puisque, par définition, les médecins de circonscription ont toute la compétence désirable du fait même de leur nomination, et cela alourdirait fâcheusement la marche des affaires.

Les membres de la commission ont préféré limiter leurs fonctions à celles d'une simple inspection. Ils auront donc à « diriger, coordonner et contrôler l'action des médecins sanitaires de circonscription de leur région. » Ils visiteront leurs services et inspecteront de concert avec eux tous les établissements publics, rentrant dans leurs attributions. Ils joueront un rôle important pour la centralisation des renseignements, l'établissement de statistiques, la liaison avec l'administration centrale et aussi entre les divers médecins de circonscription entre eux.

« Ceux-ci, au contraire, auront des pouvoirs propres d'administrateurs, leur compétence s'étendra à une foule de questions et, d'une façon générale, à tout ce qui touche l'exécution des lois et décrets relatifs à la santé publique. Ils se tiendront en relation avec les autorités médicales militaires et les inspecteurs du travail et des établissements classés, en ce qui concerne toutes les questions connexes à l'hygiène social.

L'importance et la multiplicité des attributions dont ils sont chargés ont été voulues par la commission, désireuse d'éviter le reproche qu'on pourrait lui faire de créer, sans

raisons suffisantes, une grande quantité de fonctionnaires nouveaux. D'ailleurs, si l'on crée dans des circonscriptions, à dessein très petites, un emploi d'hygiéniste, il est naturel que toutes les questions relatives à l'hygiène soient concentrées dans ses mains, car il aura plus que quiconque le temps, le goût et les connaissances nécessaires pour s'en occuper. De plus, cette façon d'agir permettra d'économiser les nombreux petits émoluments et indemnités qui sont actuellement réparties à de nombreux individus (inspections, vaccinations, désinfections) et qui pour n'être qu'une « poussière de traitements », comme le dit le rapporteur, ne finissent pas moins, par leur multiplicité, par constituer une source importante de dépenses, qui seraient beaucoup mieux justifiées si elles étaient concentrées sur un fonctionnaire unique, compétent et responsable.

3^o CONSEILS SANITAIRES

A côté des médecins sanitaires et des inspecteurs régionaux qui forment la partie agissante de la nouvelle législation, celle-ci a prévu la constitution d'organismes consultatifs. Ce sont les commissions sanitaires et les conseils sanitaires.

a) *Les conseils sanitaires régionaux* se réunissent au chef-lieu de la région et ils ont pour mission d'éclairer l'inspecteur régional sur toutes les questions qui leur sont soumises par ce dernier, et d'étudier de leur propre mouvement toutes celles qui leur semblent intéressantes, en ce qui concerne la protection de la santé publique. Ils ont également dans leurs attributions les conflits qui pourraient se produire entre les médecins de circonscription et l'inspecteur

régional, ou entre ceux-ci et les autorités administratives. Dans ces conditions, ils peuvent convoquer devant eux les fonctionnaires capables de leur donner tous les renseignements utiles et, après en avoir délibéré, ils doivent donner leur avis motivé sur ces conflits.

Ils élisent eux-mêmes leur président qu'ils choisissent parmi leurs membres et qui ne peut être l'inspecteur régional. Ils doivent se réunir obligatoirement une fois par mois, mais ils peuvent être convoqués plus souvent, soit par leur président, soit par l'inspecteur. Leurs membres sont au nombre d'environ vingt-cinq et forment un véritable petit parlement sanitaire régional. On y trouve les personnalités les plus aptes à discuter les questions d'hygiène, soit par leurs connaissances techniques, soit par leur situation administrative. Une innovation très heureuse consiste à faire entrer dans ces conseils des professeurs des facultés de médecine et des sciences, quand dans la région se trouvera le siège d'une université. Ceux-ci, par un inconcevable oubli, avaient été omis dans la composition des conseils départementaux actuels. La présence de deux médecins, désignés par les médecins praticiens de la région, est aussi une nouveauté. Elle sera accueillie avec faveur par le corps médical, car, de cette façon, ce dernier aura des représentants dans cette assemblée. Cette mesure était d'autant plus nécessaire qu'aucune loi d'hygiène, si parfaite soit-elle, ne saurait avoir d'heureuses conséquences, si l'ensemble des médecins traitants n'y est pas favorable. Ils en sont, en effet, les rouages essentiels, quoique peu apparents dans les textes et sans eux aucun résultat sérieux n'est possible. Par leur attitude et leurs conseils, ils ont tout pouvoir sur la mentalité de leurs clients, et c'est par eux, autant que par l'instruction scolaire, que l'éducation sanitaire des masses doit être faite.

Ces conseils régionaux sont destinés à remplacer les conseils départementaux existant actuellement. Ils ont l'avantage d'être en moins grand nombre et c'est une nouvelle raison pour espérer qu'ils seront composés de personnalités plus compétentes, car il sera plus facile de trouver ces dernières dans toute une région que dans un seul département.

b) Au siège de la circonscription se réunit une *commission sanitaire de circonscription*. Celle-ci est composée suivant les mêmes directives que le conseil régional bien que sur une plus petite échelle. Elle a pour rôle d'assister le médecin de circonscription et de remplir auprès de lui des fonctions analogues à celles du conseil régional vis-à-vis de l'inspecteur. Ces Commissions de circonscription, que l'avant-projet du gouvernement ne mentionnait pas, ont été rétablies par les auteurs du projet, car leur maintien leur a semblé nécessaire pour éclairer le médecin dans les questions techniques extra-médicales, et en particulier dans celles où l'art de l'ingénieur et de l'architecte doit intervenir. Elles existent d'ailleurs actuellement, et nous avons vu combien il était regrettable que leur organisation soit restée le plus souvent théorique et que leurs séances n'aient lieu qu'à des intervalles très éloignés. Or, si cela est regrettable dans l'organisation actuelle, ce le serait bien plus encore, si, comme le prévoit le projet, les conseils départementaux étaient supprimés et remplacés par une formation régionale beaucoup plus éloignée et dans l'impossibilité de s'occuper des petits détails locaux.

Lors de la discussion à l'Académie, M. Hanriot a critiqué la composition de ces conseils, pour le fait que dans ceux de circonscription il n'y aurait que quatre médecins sur neuf membres, et une proportion encore beaucoup plus petite dans

ceux des régions. Il craignait qu'une telle composition n'aboutît qu'à une incompétence générale de ces formations. C'est à notre avis une erreur, car le projet spécifie bien que les organisations ainsi créées n'ont pour rôle que d'éclairer le fonctionnaire technique et de le conseiller, dans les cas où sa compétence très spécialisée ne lui permettrait pas de pouvoir prendre une décision suffisamment raisonnée. Aussi, la présence d'architectes ou d'ingénieurs nous paraît-elle beaucoup plus utile, dans cet ordre d'idée, que celle des médecins, qui ne pourront apporter que peu de renseignements à l'hygiéniste, médecin lui-aussi. D'autre part, il n'y a pas à craindre un éparpillement de l'autorité, puisque, par définition, ces organisations sont purement consultatives et que les décisions à prendre et leur exécution reste l'attribution propre des médecins fonctionnaires.

4^o ORGANISATION SANITAIRE MUNICIPALE ET BUREAUX D'HYGIÈNE

Nous avons vu que le principe même du projet exigeait la suppression complète de toute organisation sanitaire municipale et par là même des bureaux d'hygiène actuellement existants. L'avant-projet ne craignait pas de pousser la logique à l'extrême et de supprimer ces organisations dans tous les cas. La Commission de l'Académie n'a pas cru pouvoir le suivre en cette occurrence, et elle a pensé que dans certains cas il était impossible d'enlever aux municipalités tout pouvoir en matière sanitaire. Pour Paris en particulier, « cette conception, dit le rapporteur, lui a paru incompatible avec l'importance et le nombre exceptionnel des services d'hygiène de la Capitale, avec la grandeur des sacrifices financiers qu'ils impliquent : l'Etat ne pourrait au point de

vue budgétaire se substituer à la ville et au département et assurer une aussi lourde charge et il n'a pas paru possible de soustraire à l'autorité locale des services pécuniairement alimentés par elle, au moins pour la plus grande part. »

Aussi le projet, conformément à cette opinion, prévoit-il une organisation spéciale pour la ville de Paris et le département de la Seine, fondée sur une base municipale, et réservant seulement à l'Etat le seul droit de contrôle qu'il exercera par l'intermédiaire de l'inspecteur sanitaire régional, nommé par le Ministre de l'Hygiène et placé à la tête de la région sanitaire parisienne. Toutes les questions sanitaires seront de la compétence du bureau municipal d'hygiène, placé sous la direction d'un médecin directeur, et, nouvelle modification à l'organisation actuelle, tous les services sanitaires seront rattachés à la Préfecture de Police, au lieu d'être comme actuellement répartis entre cette dernière et la Préfecture de la Seine, ce qui complique inutilement les services, et empêche l'unité de direction.

La Commission a été plus loin dans la voie des exceptions, et elle a cru devoir agir pour les grandes villes comme pour Paris. Là aussi, en effet, les objections faites au système étatiste sont très fortes : tout d'abord, dans la plupart de ces villes, il existe déjà des bureaux d'hygiène fonctionnant à la satisfaction générale et dirigés par de véritables spécialistes, donnant à leurs fonctions toute l'extension désirable. Il serait difficile de les supprimer purement et simplement, tout en reconnaissant la perfection de leur fonctionnement et sur la seule raison que leur existence n'est pas compatible avec le principe général de la loi.

De plus, une telle mesure serait très difficile à réaliser car, dans les grandes agglomérations, il existe des liens inextricables entre les attributions du fonctionnaire d'hygiène et

les autres services municipaux: voirie, égouts, eaux, alignements, etc. et on voit difficilement la coopération des fonctionnaires de l'Etat avec les agents de la municipalité dans toutes ces matières.

Outre qu'elle serait d'une réalisation difficile, cette réforme ne serait pas un progrès, car elle aboutirait à donner aux municipalités cette impression que les services d'hygiène étant une attribution de l'Etat, elles n'ont aucun besoin de s'en préoccuper, laissant ce dernier agir à sa guise. Ce serait donc encourager la désaffection des autorités locales et départementales pour tout ce qui a trait aux mesures sanitaires, et obtenir par conséquent le résultat exactement contraire de celui qu'il faut chercher. Enfin, dernière objection, on dit couramment que « qui commande paie » et cet aphorisme populaire aurait des conséquences ruineuses pour le budget, si l'Etat devait prendre à sa charge les frais résultant de l'organisation sanitaire du pays tout entier, car, il apparaît très difficile d'exiger des municipalités qu'elles soldent des dépenses qu'elles n'auraient pas elles-mêmes engagées, et dont elles n'auraient pas eu le contrôle.

Pour ces différentes raisons, la Commission a décidé que les villes importantes conserveront leurs bureaux d'hygiène existants. Bien entendu, le Ministre de l'hygiène se réservera le contrôle de ces organisations, par l'intermédiaire de l'inspecteur sanitaire régional.

Telles sont les principales directives du projet de l'Académie de Médecine, en ce qui concerne l'organisation des services sanitaires. Nous allons maintenant étudier les dispositions plus spécialement techniques, qu'il prévoit pour l'exécution des prescriptions sanitaires.

II. — Dispositions techniques

1^o MESURES SANITAIRES GÉNÉRALES

A. — *Contrôle de l'état sanitaire*

Une première série de dispositions a trait au contrôle de l'état sanitaire du pays. A cet effet, les statistiques de l'état-civil doivent être communiquées chaque année au Conseil régional qui les étudie commune par commune. Si dans certaines d'entre elles, la mortalité paraît anormale, il en avertit le médecin de la circonscription et le prie de faire une enquête à ce sujet. Celui-ci recherche les causes de cette anomalie et avise aux moyens d'y remédier, après avoir reçu les observations du maire de la commune en cause. Si l'enquête établit que la mortalité excessive peut être due au fait que la commune est dans un état sanitaire défectueux, notamment en ce qui concerne son alimentation en eau potable ou l'évacuation des eaux usées, le Conseil régional établit un projet des travaux nécessaires, après avoir entendu les observations du maire, et l'inspecteur régional avise le Préfet qui met la commune en demeure d'exécuter les travaux. Si celle-ci s'y refuse ou ne leur donne pas un commencement d'exécution dans le délai de trois mois, la procédure prévue par la loi de 1902 est mise en mouvement et les travaux sont ordonnés par décret, étant entendu toutefois que c'est à l'inspecteur général que revient le rôle de demandeur dans toute cette procédure et que celle-ci est mise en mouvement par un rapport de celui-ci au Ministre de l'hygiène.

Une différence capitale existe donc à cet égard entre ce projet et la loi actuelle : dans celle-ci c'est le Préfet qui est

chargé de l'exécution de toutes ces prescriptions (enquête, mise en demeure au maire et mise en mouvement des mesures à prendre par l'autorité centrale) et cette seule cause est suffisante, pour les raisons que nous connaissons déjà, pour rendre ces dispositions inopérantes. Désormais, au contraire, toutes ces mesures seraient prises par un fonctionnaire technique spécial, l'inspecteur régional, dont ce serait la fonction propre et qui aurait pour l'aider et le conseiller les médecins de circonscription et des organismes consultatifs. De plus, une simplification du projet consiste à ne plus exiger l'intervention dans ces sortes d'affaires, successivement, des Conseils départementaux et du Conseil supérieur d'hygiène, mais seulement du Conseil régional dont, étant donné sa composition et la compétence particulière de ses membres, les décisions offrent une valeur tout à fait suffisante.

En ce qui concerne les règlements municipaux, le projet maintient leur obligation, mais il édicte qu'ils ne pourront être pris ou modifiés qu'après avoir été approuvés par le médecin de circonscription qui devra les examiner sur les lieux et les étudier après avoir pris connaissance des conditions particulières de la commune au point de vue sanitaire. De cette façon, on ne verra plus l'adoption pure et simple de règlements-types, s'adaptant souvent fort mal à des situations spéciales et, d'autre part, il n'y aura plus lieu de laisser certaines prescriptions dans un état regrettable d'imprécision. Pour ne citer qu'un exemple, la plupart des règlements ruraux contiennent cette prescription que les fumiers doivent être placés à une distance *convenable* des habitations, car ils ont copié le texte du règlement-type qui ne pouvait évidemment pas donner une indication plus précise, puisque cette distance varie dans de très grandes propor-

tions, suivant la nature du sol. Le résultat de cette imprécision est une inapplication totale du règlement, les intéressés ayant toujours le moyen de discuter quand l'inspecteur d'hygiène leur faire remarquer que leurs fumiers sont trop rapprochés des bâtiments et de prétendre qu'à leur avis ils en sont à une distance très convenable et par conséquent réglementaire. Désormais, le médecin de circonscription étudiant le règlement en vue de son application à une commune donnée pourra et devra éviter ces imprécisions.

De même, le projet lui donne le droit, de par sa propre initiative, de prendre des mesures tendant à faire compléter ou modifier les règlements existants, moyennant une procédure donnée.

On retrouve les dispositions de la loi actuelle en ce qui concerne l'association des communes et les mesures spéciales en cas d'urgence ou d'épidémie, ainsi que la modification apportée par le décret du 28 septembre 1916, permettant de réviser la liste des maladies à déclaration obligatoire. Ce dernier point nous amène à examiner deux modifications importantes ayant trait à la déclaration.

B. — *Déclaration des maladies transmissibles*

Ces deux modifications sont : l'obligation de déclaration imposée conjointement au médecin et à la famille du malade, et le fait que la déclaration est reçue, non plus par le maire et le Préfet, mais par le médecin sanitaire de circonscription. Par là, les auteurs du projet ont essayé de remédier aux inconvénients de la situation actuelle qui est très embarrassante. On sait, en effet, que par la loi de 1902, la déclaration est obligatoire pour tout médecin, officier de santé ou sage-femme, mais pour eux seuls, et que la famille du malade n'est en

rien tenue à cette formalité. De là est résultée une opposition obstinée du corps médical presque entier qui s'est très souvent absolument refusé à faire la déclaration prescrite, si bien que, par le fait de cette obstination, des faits extrêmement regrettables se sont produits, témoin l'épidémie de typhoïde de Cherbourg en 1909, citée par M. le Professeur Vincent à l'Académie de Médecine. (1) Il s'agissait d'une jeune fille atteinte de typhoïde et pour laquelle aucune déclaration n'avait été faite. Les parents, ignorants des dangers qu'ils allaient causer, allaient quotidiennement se débarrasser des déjections de la malade et laver son linge dans la Divette, petite rivière qui alimente Cherbourg et cela fut cause d'une épidémie très sévère, qui frappa les soldats et les marins de la garnison et qui causa 300 cas de typhoïde, dont 60 mortels.

C'est un exemple parmi des centaines d'autres qu'on pourrait donner, pour montrer la nécessité absolue de la déclaration des maladies transmissibles. Pourquoi donc les médecins y sont-ils opposés? Il y eut d'abord une question de forme : la loi de 1902 a été faite sans consulter le corps médical qui y était pourtant très intéressé et cette obligation de la déclaration lui a été imposée sans qu'il ait eu à émettre son opinion à ce sujet. Il s'en est montré froissé à juste titre, d'autant plus que le législateur édictait des peines contre les récalcitrants. Mais, outre cette question d'ordre un peu particulier, les médecins avaient d'autres objections à faire à la déclaration et, sans revenir sur ce que nous avons dit au sujet de l'absence complète d'effets de cette déclaration ou au contraire, des mesures inutiles et vexatoires dont elle était quel-

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine : séance du 15 février 1921.

quefois l'annonce et qui constituaient pour leur clientèle une source de tribulations et d'ennuis, nous signalerons l'obstacle très sérieux que présentait, aux yeux des praticiens, le respect du *secret médical*. C'est pour leur enlever ce scrupule très honorable que les auteurs du projet ont spécifié que la déclaration se fera, non plus au maire, mais au médecin de circonscription. De cette façon, en effet, l'objection n'existe plus, puisqu'il n'y a jamais violation du secret de confrère à confrère, pas plus lorsqu'il s'agit de la santé publique que d'un cas individuel. Il reste une dernière objection, plus terre-à-terre il est vrai, mais d'autant plus sérieuse qu'elle touche aux intérêts matériels et pécuniaires des médecins. Elle consiste, disent-ils, en ce que ceux d'entre eux qui obéissent à la loi se mettent par là même dans une situation d'infériorité vis-à-vis de la clientèle, par rapport à ceux qui y contreviennent, car c'est une formalité nuisible à leurs intérêts professionnels, parce que gênante pour leurs clients. L'objection est spécieuse car elle n'existerait pas si tous faisaient rigoureusement les déclarations prescrites. Néanmoins, elle conserve sa valeur pratique et c'est une des raisons qui ont fait naître la seconde modification, c'est à dire l'obligation simultanée de la déclaration au médecin et à la famille.

C'est évidemment un progrès, quoique pour beaucoup cette solution ne semble pas encore satisfaisante : pourquoi deux déclarations, pourquoi ne pas se contenter de celle de la famille et décharger complètement le médecin de cette responsabilité légale, quitte à chercher un système donnant toute certitude que la déclaration sera réellement faite par la famille ? Nous retrouverons ce sujet ultérieurement et nous n'y insisterons pas davantage ici.

C. — Vaccinations et immunisations

Là encore, la loi de 1902 est assez profondément et très heureusement modifiée. On se rappelle qu'elle institue l'obligation de la vaccination anti-variolique au cours des première, onzième et vingtième années. Le texte nouveau prévoit quatre vaccinations au lieu de trois, c'est-à-dire au cours des première, septième, treizième et vingtième années. Ceci résulte des travaux du Docteur Bédèze, qui a montré que l'immunité n'était certaine qu'à condition de renouveler la vaccination tous les sept ans et non pas tous les dix ans. De plus, le projet s'incorpore les dispositions de la loi du 7 septembre 1915 qui vise la revaccination en cas de guerre, d'épidémie ou de menace d'épidémie et que nous connaissons déjà.

Enfin, une disposition particulière prévoit que « la vaccination et l'immunisation préventive peuvent être rendues obligatoires de manière permanente ou temporaire contre d'autres maladies contagieuses ou transmissibles. » Ces prescriptions seront édictées par décret rendu sur la proposition du Ministre de l'Hygiène, après avis de l'Académie de Médecine et du Conseil supérieur d'hygiène. Cette disposition qui n'existe pas dans la loi actuelle et tout naturellement, puisque l'état de la science ne faisait pas prévoir alors l'application de la sérothérapie, ni même de la vaccinothérapie à d'autres maladies qu'à la variole, sera vivement approuvée et l'exemple de la vaccination contre la fièvre typhoïde, qui pendant la guerre nous a permis de préserver des milliers d'existences, est la meilleure preuve qu'on puisse donner de sa très heureuse opportunité.

D. — Isolement

Le texte nouveau, plus scientifique que l'ancien, contient également une disposition décidant l'obligation de l'isolement des malades atteints d'une des maladies à déclaration obligatoire. Cet isolement doit se faire, soit à domicile sous la direction du médecin traitant, soit dans un hôpital aménagé à cet effet et sous le contrôle des autorités sanitaires. Il faut approuver sans réserve cette disposition, mais il ne faut pas s'exagérer les résultats qu'il est possible d'obtenir dès maintenant : dans les conditions de la vie actuelle, l'isolement à domicile est pratiquement un problème insoluble dans la plupart des cas, étant donné l'étroitesse des logements. Par contre, l'isolement administratif ne saurait être complètement assuré dans les différentes localités (à l'exception des très grandes villes et encore) à cause de l'absence de locaux appropriés et suffisamment vastes et des charges énormes qui grèvent les budgets des communes et des départements. Cependant, il est bon que le principe soit écrit dans la loi afin de bien montrer quel est le but à atteindre et pour encourager à rendre sa réalisation de plus en plus effective.

E. — Désinfection

L'obligation de celle-ci ne découlera plus comme actuellement du fait même de la déclaration et cette mesure très simple contribuera à faire accepter cette déclaration beaucoup plus facilement qu'elle ne l'est maintenant, puisqu'elle n'entraînera plus, *ipso facto*, l'intervention, souvent parfaitement inutile, de l'équipe de désinfection avec tous ses désagréments. C'est le Conseil supérieur d'hygiène qui sera désormais chargé de distinguer les cas où cette mesure sera obligatoire.

F. — Enfin, une dernière série de prescriptions s'applique à la *protection des eaux*. Ce chapitre est considérablement augmenté par de nombreuses dispositions déterminant un périmètre de protection des sources et des parcs à coquillages, dont la législation actuelle avait omis de parler. L'utilité de cette dernière mesure est incontestable, et chacun se rappelle les épidémies de typhoïde éclatant sur les bords de la mer et qui étaient dues à l'ingestion de moules ou d'huîtres infectées par le bacille d'Eberth, provenant de déchets humains déversés à proximité des parcs. Enfin, le médecin sanitaire peut faire toutes les propositions qu'il croit utiles relativement à ces mesures, soit qu'elles soient édictées d'une manière insuffisante, soit qu'elles ne soient pas convenablement respectées et pour cela il avise l'inspecteur régional qui saisit le Conseil régional.

2^o MESURES SANITAIRES PARTICULIÈRES

AUX IMMEUBLES

Ces mesures longuement décrites dans le texte, se passent de commentaire, surtout en ce qui concerne le développement des phases de la procédure à suivre. Nous nous contenterons de faire les remarques suivantes :

Le permis de construire, qui n'est actuellement exigé que pour les villes d'une population supérieure à 20.000 habitants, le serait désormais à partir de 1.000 habitants et, de plus, ce permis ne serait délivré par le maire qu'après avis favorable du médecin de circonscription.

Ce dernier aura la surveillance des habitations insalubres, y compris les hôtels et les logements loués en garni. Lorsqu'il juge qu'il y a nécessité de faire exécuter des travaux d'assainissement, il fait un rapport au maire qui invite

les intéressés à fournir leurs observations. Le dossier est alors communiqué au Conseil régional qui prend la décision utile, après avoir entendu, lui aussi, les intéressés s'ils le désirent. Ceux-ci peuvent former un recours contre la décision prise, devant le Conseil supérieur d'hygiène et ce recours est suspensif. Le Conseil supérieur, après s'être éclairé par une enquête, rend son verdict et, s'il confirme l'avis du Conseil régional, le maire invite les intéressés à faire exécuter les travaux. S'ils ne les ont pas commencés dans le délai de deux mois, il les traduit, à l'instigation de l'inspecteur régional, devant le tribunal de simple police, pour les obliger à les exécuter.

Des dispositions spéciales visent : la situation des locataires, qui ne pourront prétendre à aucuns dommages-intérêts pour la résiliation des baux, si celle-ci est rendue nécessaire pour les travaux ; la possibilité d'expropriation par la commune pour travaux d'ensemble, telle qu'elle existe dans la loi actuelle, modifiée par celle du 17 juin 1915.

Enfin, en cas d'urgence, toutes ces dispositions peuvent être prises sans délai, après arrêté du maire, ou à son défaut du Préfet, ordonnant l'exécution immédiate et sous réserve des droits des intéressés.

3^o DÉPENSES ET PÉNALITÉS

Sur ces chapitres la Commission de l'Académie s'est déclarée incompétente et à inséré telles quelles les dispositions de l'avant-projet ministériel, d'après lequel les dépenses restent partagées entre les communes, les départements et l'Etat, suivant les dispositions de la loi du 15 juillet 1893. Quant aux pénalités, elles sont notablement augmentées, le texte prévoyant la possibilité d'amendes s'élevant jusqu'à mille francs.

CHAPITRE II

Critiques adressées à ces projets

Ces projets, celui de l'Académie de Médecine en particulier, nous apportent une organisation sanitaire bien ordonnée, où tout s'enchaîne admirablement et dans laquelle les divers organismes découlent les uns des autres d'une façon parfaite. D'autre part, la forte centralisation qu'ils instituent accroît encore cette impression de clarté qui, à priori, peut faire espérer un fonctionnement impeccable. Toute l'autorité émane du Ministre qui possède une administration propre pour faire exécuter ses décisions et tous les obstacles qui pourraient s'opposer à sa volonté sont supprimés. Théoriquement, cela est donc parfait mais, pratiquement, il pourrait bien ne pas en aller de même et, comme l'a dit M. Strauss, ce projet représente peut-être, et jusqu'à un certain point, une construction abstraite et une vue de l'esprit. En tous cas il est certain que dans plusieurs de ses parties, il serait, semble-t-il, très difficile à appliquer tel quel et qu'il aurait au moins besoin d'être sérieusement mis au point. Quoiqu'il en soit, ce projet n'a pas trouvé une approbation unanime, et un assez grand nombre de membres de l'Académie, parmi ceux-là même qui faisaient partie de la Commission chargée de son élaboration, l'ont vivement critiqué et ont porté leurs arguments à la tribune de cette assemblée.

La plupart de ces critiques visent la partie du projet qui réglemente l'organisation sanitaire; elles lui reprochent :

a) de supprimer purement et simplement la loi actuelle, sans chercher à l'amender, ce qui, à leur avis, est parfaitement possible.

b) de supprimer, sans raison suffisante, l'organisation départementale actuelle qui a le mérite d'exister en fait et d'être en conformité avec tout le système administratif français, pour la remplacer par une organisation régionale ne reposant sur rien de solide.

c) de ne pas tenir un compte suffisant des rapports de l'administration sanitaire avec les maires et les préfets, et de rester, à cet égard, dans une fâcheuse imprécision.

d) d'être prématurée, en ce sens qu'elle exige la création d'un nombreux personnel technique, alors que ce personnel n'existe pas et ne peut être formé avant un temps assez long.

e) enfin d'être inapplicable par raison budgétaire, cette réforme devant entraîner des frais considérables auxquels, dans les circonstances actuelles, le pays ne saurait consentir.

En ce qui concerne l'organisation régionale, M. Strauss, (1) actuellement Ministre de l'Hygiène, prit parti contre le projet de la Commission et s'attacha à montrer l'impossibilité qu'il y aurait à vouloir organiser l'hygiène régionalement, alors que toute l'organisation française est départementale et communale. Il ne veut pas qu'on fasse exception pour les mesures sanitaires en les faisant sortir de ce double cadre. « La commune, dit-il, est la cellule initiale dans laquelle doit s'exercer la solidarité sanitaire. L'édilité est par essence un outil sanitaire; les travaux de viabilité, de voirie, d'amenée des eaux potables, d'évacuation des matières usées ne peu-

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1^{er} semestre 1921, page 250 et suiv.

vent être soustraites à l'action des municipalités. » De plus, la loi de 1902 n'est pas la seule qui traite des dispositions relatives à la santé publique : de nombreuses autres existent, au nombre desquelles il faut citer celles du 12 juillet 1912, sur l'assainissement des voies privées ; celle du 17 juin 1915, sur l'expropriation pour cause d'insalubrité publique ; celle du 6 novembre 1918, sur l'expropriation par zones ; celle du 14 mars 1919, sur les plans d'extension et d'aménagement des villes. Or, toutes ces lois ont été conçues et rédigées en prenant pour base l'organisation communale actuelle. La suppression de celle-ci entraînerait leur révision et il en résulterait un contre-temps fâcheux, sans parler des accidents qu'une si profonde modification risquerait d'apporter dans des rouages aussi complexes. « D'ailleurs, ajoute M. Strauss, l'expérience démontre que les institutions municipales les plus diverses, bureau de bienfaisance, hôpital, caisse des écoles, inspection médicale des écoles, bureau d'hygiène, casier sanitaire, doivent être en relations constantes. Leur coopération intime s'impose dans le noyau communal, au plus grand profit de l'hygiène sociale élargie et fortifiée. »

En ce qui concerne le département il en va de même et les différentes lois sur la protection des enfants du premier âge, sur l'assistance médicale gratuite, sur les enfants secourus et assistés, sur l'assistance aux femmes en couches et aux familles nombreuses, sur les habitations à bon marché, sur les dispensaires d'hygiène sociale, sur les sanatoria, etc, prennent toutes leur point d'appui sur l'organisation départementale. Elles ont été l'occasion de la création au chef-lieu d'un certain nombre d'organismes précieux : conseil départemental de la protection du premier âge, commission départementale d'assistance, comité de patronage, etc., toutes ces formations seraient, elles aussi, atteintes par la

suppression du cadre départemental. Aussi, M. Strauss conclut-il que « la substitution d'un cadre régional, qui pourra d'ailleurs, aux termes du projet, ne pas correspondre au cadre régional administratif, ne pourra que jeter le désarroi dans les administrations publiques, décourager la bonne volonté des assemblées départementales et porter atteinte au développement harmonieux des institutions d'assistance et d'hygiène. »

Les rapports de l'administration sanitaire avec les maires et les préfets ont donné lieu à plusieurs observations. M. le Professeur Vincent (1) pense que « l'écueil est dans une *indépendance trop complète des services d'hygiène à l'égard des pouvoirs municipaux* » et il fait remarquer que le concours du maire et du préfet est obligatoire dans l'application des mesures d'hygiène. Certes, M. Léon Bernard n'a jamais prétendu le contraire, mais « le projet n'indique pas de quelle manière sera réalisée pratiquement l'harmonie étroite entre les médecins sanitaires et les pouvoirs administratifs. »

M. Mesureur, (2) entre autres critiques, reproche au projet d'organiser une *centralisation vraiment abusive* et, après avoir fait croire à un essai de décentralisation par l'éloge de l'organisation régionaliste, de faire au contraire tout converger vers le Ministre de l'Hygiène. Tous les fonctionnaires de la nouvelle administration sont ses agents directs, nommés et révoqués par lui et « toutes les difficultés d'application : résistance des maires, désaccord avec les municipalités,

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1^{er} semestre 1921, séance du 8 février 1921.

(2) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1^{er} semestre 1921, séance du 8 février 1921.

seront tranchées par lui. M. Mesureur voit là une source inextricable de difficultés, vu le nombre d'affaires qui afflueront au Ministère.

M. Cazeneuve (1) revient sur cette objection et pense, lui aussi, que c'est à tort que la Commission veut « remonter le courant des tendances nettement décentralisatrices actuelles et constituer la région reliée au pouvoir central, au Conseil supérieur de l'hygiène, au Ministre de l'Hygiène, en dépouillant totalement les départements et les Conseils généraux de leurs prérogatives et de leurs obligations. » D'ailleurs, il fait remarquer qu'il est possible que le but principal cherché par les auteurs du projet ne soit pas atteint. Ils ont voulu donner à l'hygiène une organisation régionale, en grande partie pour la soustraire à l'influence et à l'autorité des Préfets, mais ils n'ont pas prévu que si la conception régionale l'emportait également au point de vue administratif, il serait créé au centre de la région un organisme représentant l'autorité centrale et en tout semblable aux Préfets actuels, quoique plus puissant encore. Dans ce cas, la situation redeviendrait la même, car l'Inspecteur régional aurait les mêmes difficultés avec le Sur-Préfet que l'Inspecteur départemental avec le Préfet.

Et quand bien même il n'en serait pas ainsi, une autre objection capitale demeure. Il est impossible que le médecin de circonscription remplissant dans le département un rôle important demeure indépendant du Préfet qui y représente le Gouvernement tout entier. Or, le projet mentionne bien que le médecin de circonscription sera nommé par le Ministre de l'hygiène et contrôlé par l'Inspecteur régional, mais il ne

(1) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1^{er} semestre 1921, séance du 3 mai 1921.

mentionne pas quels seront ses rapports avec le Préfet du département dans lequel il exerce son activité. M. Faivre, inspecteur général, fait ressortir cette difficulté et l'expose avec toute la compétence que lui donne une longue carrière, toute entière consacrée à l'hygiène administrative. « On ne comprend pas, dit-il, (1) que le projet de loi ne fasse aucune mention de ce lien de droit et de fait. Ce lien, cependant ne saurait consister dans des rapports d'homme à homme. Comment serait-il administrativement établi? Il ne peut l'être que de deux manières : Ou bien le médecin de circonscription relèverait directement du préfet, à la façon d'un chef de service, ce qui serait surtout possible dans la circonscription englobant la ville chef-lieu, ou bien il lui serait rattaché par l'intermédiaire d'une division de la Préfecture, c'est-à-dire qu'on retomberait dans la situation actuelle et que l'on irait totalement à l'encontre du but qu'on se propose d'atteindre. » Il en est de même en ce qui touche les rapports du médecin de circonscription avec les maires. On ne sait quelle est leur situation réciproque, et là aussi le projet est insuffisant.

M. Cazeneuve (2) soulève l'importante question des *conséquences financières* de ce projet. Alors qu'aujourd'hui la part de l'Etat est très petite dans les dépenses d'hygiène, beaucoup trop petite même, relativement à celles des départements et des communes, ne va-t-on pas tomber dans l'excès contraire et faire supporter par lui la totalité des dépenses sanitaires? Il semble difficile d'éviter cet écueil.

(1) Docteur Faivre, inspecteur général : Rapport sur le projet de révision de la loi de 1902 in « Rapport présenté par l'inspection générale des services administratifs » 1921.

(2) Bulletin de l'Académie de Médecine, 1^{er} semestre 1921, séance du 22 février.

Si dans la conception régionale « on jette bas l'organisation actuelle, les assemblées locales ne voudront plus assumer les frais. A leur indifférence que nous voulons vaincre viendra s'ajouter leur volonté délibérée d'alléger leur budget de charges encore mal comprises. » La logique veut, en effet, que si l'Etat leur enlève la responsabilité et la direction des mesures à prendre, il doit en même temps leur enlever les charges. C'est pourquoi, conclut M. Cazeneuve, « ce projet régional est appelé à sombrer fatalement, lorsqu'il sortira des eaux calmes de notre assemblée pour doubler le cap des commissions du budget du Sénat et de la Chambre des Députés, ainsi que des débats parlementaires. Il y a donc dans la conception régionale une impossibilité financière radicale qui suffit pour la faire rejeter.

M. Léon Bernard ne s'est pas dissimulé l'importance de cette objection, mais il estime n'avoir pu en tenir compte. « On nous dit que par cette poursuite de l'idéal nous risquons d'échouer, que le Parlement reculera devant les dépenses, devant aussi la somme des intérêts et des traditions bousculées par ce système. J'estime que nous n'avons pas à entrer dans de telles considérations. A chacun de prendre ses responsabilités. A nous, techniciens, de tracer un programme en pleine indépendance de jugement et de proclamer les moyens qui nous paraissent les plus sûrs d'atteindre le but. » Mais, cependant, ces objections n'en existent pas moins et elles sont sérieuses. L'organisation sanitaire, telle que la conçoit M. Léon Bernard, exigerait la création d'environ trois cents médecins de circonscription et d'une vingtaine d'inspecteurs régionaux, ce qui ne saurait se faire sans d'énormes frais dont la charge retomberait sur l'Etat. Il y a là une cause suffisante pour retirer à ce projet la plus grande part des chances de réalisation qu'il pourrait avoir, étant don-

né les charges écrasantes que supporte actuellement le budget de la France et la volonté bien arrêtée des membres du Parlement de ne créer aucune source de dépenses nouvelles, si utiles fussent-elles, avant que notre situation financière ne se soit notablement améliorée.

Enfn, une dernière objection consiste en ce fait que la *réforme ainsi présentée est prématurée*. Ces trois cent médecins de circonscription et ces vingt inspecteurs prévus, il faudra les trouver et ce ne sera pas possible du jour au lendemain : Ils devront être des techniciens de l'hygiène et ceux-ci sont relativement très rares. M. Bernard reconnaissait lui-même que l'hygiène n'occupe, encore actuellement, qu'une « place dérisoire » dans l'enseignement donné aux étudiants par les Facultés de médecine. A Paris même, cet enseignement, jusqu'en 1913, était à peu près inexistant : seuls un cours très sommaire et quelques conférences pratiques formaient tout le bagage du futur médecin, à la condition toutefois que celui-ci ait eu le désir et la volonté de les écouter, car il n'y était tenu par aucune obligation. D'autre part, cet enseignement n'était sanctionné aux examens que par une simple interrogation d'une importance tout-à-fait secondaire et il était admis couramment, parmi les étudiants, qu'un travail de quelques jours suffisait amplement pour la préparation de cette interrogation. On devine quelles pouvaient être dans ces conditions, les connaissances sanitaires des jeunes médecins. Actuellement, un nouveau régime d'études a rendu les études d'hygiène plus sérieuses, à Paris tout au moins, et désormais les étudiants sont astreints à suivre des cours et à prendre part à des démonstrations pratiques dont l'importance croît d'année en année. Enfin, sous la direction de M. Léon Bernard lui-même, un cours supérieur d'hygiène a été créé en 1921 pour permettre justement aux médecins

qui s'intéressent à ces questions de se spécialiser et de se préparer tout particulièrement aux fonctions administratives. Mais ce cours, encore peu connu, est d'une fondation trop récente pour avoir pu permettre à de nombreux médecins de profiter de cet enseignement et il faudra attendre plusieurs années pour qu'il soit possible de trouver un nombre suffisant de candidats aux fonctions de médecin sanitaire pourvus de cet enseignement.

CHAPITRE III

Projets ayant pour but une simple révision de la loi. — Mesures préconisées.

En présence de toutes ces critiques dont le bien fondé est incontestable, du moins pour une grande part, il a paru sage à de nombreuses personnalités compétentes de renoncer à jeter bas la loi de 1902 et de se contenter de la modifier là où l'expérience a montré qu'elle était défectueuse, et de l'amender en la faisant participer à toutes les connaissances techniques nouvelles.

Un certain nombre de propositions de loi ont déjà été faites en ce sens. Nous les passerons rapidement en revue et nous exposerons en même temps les quelques réflexions d'ordre personnel qui sont le fruit de notre travail. Certes, nous ne prétendons pas, en quoi que ce soit, nous comparer à des savants de tout premier ordre que nous admirons, ni à des administrateurs distingués qui ont consacré de longues années à l'étude de ces difficiles questions. Notre but, bien plus modeste et beaucoup plus conforme à notre jeunesse et à notre inexpérience, est seulement de résumer ici les observations que nous avons faites au cours de cette étude.

1. — ORGANISATION CENTRALE DES SERVICES SANITAIRES

Nous commencerons par étudier ce qui a trait à l'organisation centrale des services sanitaires, quoique cette question déborde un peu le sujet de la loi de 1902, et soit plutôt du domaine de celle du 27 janvier 1920, dont nous allons dire quelques mots. Jusqu'à ces dernières années, les questions sanitaires relevaient d'une simple direction du Ministère de l'Intérieur et cette direction n'était pas même spéciale à l'hygiène, mais englobait aussi les questions d'assistance.

Aussi différentes propositions ont-elles été faites, tendant à la constitution d'un ministère spécial, qui devait prendre le titre de « Ministère de l'Hygiène » ou de « Ministère de la Santé Publique ». La première en date de ces propositions est celle de *M. Vaillant* du 27 juin 1898; elle était prématurée et l'idée ne fut reprise qu'en 1913, époque à laquelle *M. Mirman*, alors directeur de l'assistance et de l'hygiène au ministère de l'Intérieur, proposa la transformation de sa direction en un ministère.

En 1915, le 22 avril, *M. Constans* formulait à son tour une proposition tendant à la création d'un ministère de la santé publique, sous la direction duquel devraient être placés les services de santé civil et militaire, d'assistance et d'hygiène publiques. Enfin, le 27 février 1919, une pétition du Comité national d'éducation physique et d'hygiène sociale fut présentée à la Chambre par *M. Henry Paté*, qui tendait à la « création immédiate d'un organisme gouvernemental puissant et responsable qui centralise et coordonne les services d'hygiène actuellement épars dans de trop nombreux départements ministériels. » On sait que depuis le 27 février 1920, cette réforme est désormais un fait accompli et qu'à cette date a été créé le *Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la*

Prévoyance Sociales, dont le titulaire actuel est M. Strauss, bien connu pour ses nombreux travaux sur l'hygiène, et dont le choix, très heureux, est tout à l'honneur du chef du gouvernement.

Mais tel qu'il existe, ce ministère est loin de sembler suffisant à de nombreux techniciens qui voient dans sa composition actuelle des imperfections graves, qui l'empêchent d'exercer une action aussi forte et aussi bienfaisante qu'il le faudrait.

C'est ainsi que, d'une part, il s'est vu confier des problèmes absolument étrangers à l'hygiène alors que, d'autre part, de nombreux services intéressant la santé publique restaient dans les attributions d'autres ministères, sans que le titulaire du portefeuille de l'hygiène puisse s'en occuper de quelque façon que ce soit. Tout d'abord, le Ministère de l'hygiène a parmi ses attributions des services tout-à-fait indépendants, et n'ayant aucune relation avec la santé publique : c'est ainsi que, lors de sa fondation, les caisses d'Epargne, la mutualité et le contrôle des assurances privées relevaient de lui.

Cette situation était préjudiciable à la fois au ministère de l'hygiène, par ce fait que ces services étrangers lui enlevaient de sa vitalité en le forçant à leur consacrer inutilement une partie de ses ressources, et aussi à ces services eux-mêmes, qu'il mettait sous l'autorité d'un ministre incompetent, et entre les mains de fonctionnaires désirant tourner leurs facultés vers de tout autres questions. Pour corriger cette erreur, le contrôle des assurances particulières a été déjà rattaché au ministère du travail, dans le cadre duquel il rentre tout naturellement et une *proposition de loi de M. Bovier-Laperrière* tend à faire réintégrer la mutualité, elle aussi, dans les attributions de ce ministère.

Lorsque le Parlement aura accepté cette modification,

le ministère sera débarrassé des services étrangers à son objet, mais il restera encore à remédier au second défaut que nous avons signalé, et qui fait qu'il *n'est pas vraiment le ministère de l'hygiène, mais un ministère ayant certaines attributions d'hygiène*. En effet, de nombreux services intéressant la santé publique continuent à être rattachés à d'autres départements et c'est ainsi que les ministères de l'agriculture, du travail, du commerce, de l'instruction publique, des colonies, de la guerre et de la marine continuent à s'occuper des questions sanitaires telles que : l'hygiène alimentaire, les fraudes, la filtration des cours d'eau, les établissements insalubres, l'hygiène des ateliers, l'inspection médicale des écoles, l'éducation physique et la santé militaire, maritime et coloniale. Bien plus, non seulement ces questions ont été laissées éparses au milieu des autres attributions de ces ministères, mais on n'a prévu aucune liaison entre eux et le ministre de l'hygiène, qui ne peut pourtant logiquement en être tenu à l'écart.

Frappé de cette grave anomalie et reprenant les idées exposées par M. Constans en 1915, M. *Even* voulut concentrer tous ces services sous l'autorité du ministre de l'hygiène, et il déposa dans ce sens une *proposition de loi du 20 janvier 1921*, tendant à substituer au ministère actuel un *ministère de la santé publique*. L'article 3 de ce projet marque nettement cette intention « Les services épars dans les différents départements ministériels, y est-il dit, et se rapportant à la santé civile et militaire, à l'hygiène et à l'assistance publique, sont groupés sous l'autorité du ministre de la santé publique. Cette concentration absolue des services se rapportant à l'hygiène ne semble pas pouvoir être admise pour tous les cas, et, suivant en cela l'opinion émise par M. *Chautemps* (1), au

(1) Rapport sur la proposition de loi *Even*, 17 novembre 1912.

travail duquel nous avons fait de larges emprunts en cette matière, nous distinguerons les cas où elle est désirable et ceux où elle ne l'est pas.

Dans la première catégorie rentrent à coup sûr les mesures relatives au captage et à l'utilisation des sources, celles visant la protection des cours d'eau non naviguables et des nappes souterraines, actuellement soumises au ministre de l'agriculture, qui détient aussi dans ses attributions, si extraordinaire que cela puisse paraître, le contrôle des lois et règlements concernant l'exercice de la pharmacie, la vente des substances vénéneuses, la fabrication et la vente des eaux minérales et la répression des fraudes. Il en est de même pour la protection contre la pollution des cours d'eau naviguables, dévolue au ministère des travaux publics et pour la surveillance des établissements insalubres, incommodes et dangereux, qui fait partie du ministère du commerce.

La question de l'inspection médicale des établissements d'enseignement est déjà plus complexe, et, moins hardi que le rapporteur, nous hésitons un peu à la faire rentrer aussi dans cette première catégorie; car ici, le ministre de l'instruction publique a des droits indéniables, et il nous semble difficile de lui imposer l'obligation de s'effacer devant les décisions de son collègue de l'hygiène, relativement à un service qui est la raison même de son existence.

Par contre, tout ce qui a trait à l'éducation physique et aux sports, doit rentrer sans conteste dans le domaine du ministre de la santé publique élargi. Cette éducation étant, dans la majorité des cas, post-scolaire, il n'y a aucune raison à la maintenir sous l'autorité du ministre de l'instruction publique, qui n'est aucunement qualifié au point de vue des sports et de la surveillance médicale indispensable pendant l'entraînement des jeunes gens.

Mais là où cette autorité suprême du ministre de l'hygiène agissant par l'intermédiaire de fonctionnaires civils dépendant de sa seule autorité ne saurait être admise, c'est en ce qui concerne les services sanitaires de l'armée et de la marine. Les médecins militaires et navals ne peuvent dépendre que des ministres de la guerre et de la marine, car leurs services sont intimement liés à leur caractère militaire et c'est en qualité d'officiers qu'ils font respecter leurs prescriptions. Il est nécessaire qu'ils fassent partie de la hiérarchie militaire, tant au point de vue du respect de la discipline, qu'au point de vue, non moins important, de la constitution du corps du service de santé en cas de guerre. Il en est de même pour le service de santé colonial qui, en raison de sa spécialisation toute particulière, ne peut être qu'indépendant.

D'ailleurs, si ces différents services doivent être maintenus hors de l'autorité directe du ministre de l'hygiène, cela ne doit pas signifier qu'ils n'aurent avec lui aucune relation. Tout au contraire, celui-ci doit être pour eux une source de renseignements sur les conditions générales de l'état sanitaire, et un conseiller éclairé, près duquel ils trouveront toutes les indications dont ils pourront avoir besoin. Pour obtenir ce résultat, il faudrait que la législation nouvelle prévoie une liaison administrative efficace entre ces services et ceux de l'hygiène générale, liaison qui pourra être assurée, avec le plus grand soin, grâce à des fonctionnaires détachés près du ministre de l'hygiène par les différentes administrations en cause (1). Il serait possible également, ainsi que le suggère

(1) Ces dispositions pourraient être codifiées dans un texte du genre de celui que nous donnons ci-après et qui est une portion modifiée de la proposition de loi de M. Chantemps (Rapport sur la proposition de loi Even, déjà cité) :

M. Faivre, (*op. cit.*,) « d'étendre les attributions du conseil supérieur d'hygiène, d'augmenter le nombre de ses membres afin d'y faire entrer dans une proportion plus importante qu'aujourd'hui des représentants des autres départements, de les répartir en sections permanentes, répondant aux diverses branches de son activité nouvelle. »

De cette façon, le ministre de l'hygiène remplirait son véritable rôle, qui est, non seulement d'organiser et de diriger les services placés sous son autorité directe, mais aussi, d'encourager et, jusqu'à un certain point, de contrôler ceux que la nécessité des choses obligera à conserver sous une autorité différente.

« Article premier. — Sont rattachés au ministère de l'hygiène :

« 1° Les services du ministère de l'agriculture, relatifs au captage et à l'utilisation des sources, à la protection des cours d'eau non navigables et des nappes souterraines, à la répression des fraudes alimentaires, à l'exercice de la pharmacie, à la vente des substances vénéneuses, à l'exportation et à la vente des eaux minérales ;

« 2° Les services du ministère des travaux publics, concernant la protection des eaux des cours d'eau non navigables ;

« 3° Les services du ministère de l'Instruction publique, relatifs à l'inspection médicale des écoles publiques et privées et ceux du Sous-Secrétariat d'Etat de l'Enseignement technique, relatifs à l'éducation physique et aux sports ;

« 4° Les services du ministère du commerce, relatifs à l'autorisation et à la surveillance des établissements dangereux, insalubres et incommodes ;

« Article 2. — Il est institué au ministère de l'hygiène un comité permanent de liaison et de contrôle, composé, avec un ou plusieurs inspecteurs généraux délégués par le ministre de l'hygiène, des représentants de chacun des ministères disposant de services particuliers d'hygiène, notamment des ministères de la guerre, de la marine, des colonies, du travail, des travaux publics et de l'instruction publique ;

« Article 3. — Les services de la mutualité, de la prévoyance et des assurances sociales sont placés sous l'autorité du ministre du travail. »

Il faut bien spécifier, en effet, qu'une des attributions les plus importantes de ce ministère de la santé sociale consiste à créer un *centre de documentation et de propagande*. Il doit être, comme on l'a dit, le « *conservatoire de l'hygiène* », réunir tous les documents relatifs à l'étude des questions sanitaires, former un centre d'éducation d'où se propagerait dans toutes les assemblées, dans toutes les administrations, dans tous les services, dans tous le pays, le besoin d'hygiène sans lequel les lois resteront toujours vaines. Il doit être le propagateur de toutes les notions pratiques d'hygiène et devenir le conseil éclairé de quiconque a des attributions sanitaires, que ce soient des individus comme les inspecteurs et les médecins des bureaux d'hygiène, ou des collectivités telles que les municipalités ou les conseils généraux.

Le ministère doit enfin jouer un rôle extrêmement important dans la diffusion des notions d'hygiène dans les masses. C'est lui qui, à notre avis, doit se faire *l'éducateur du peuple* en matière sanitaire et ne pas hésiter à mettre sur pied toute une puissante organisation à cet effet. Ce but est un des plus importants à atteindre, car jamais les Français ne respecteront les prescriptions sanitaires s'ils n'en comprennent pas l'évidente nécessité. Or, qui donc peut les leur faire connaître? Beaucoup de personnes prétendent que ceci est du domaine des instituteurs et professeurs de collège. Certainement, leur action en cette matière peut être très importante, mais elle est insuffisante car leurs connaissances des choses de l'hygiène sont forcément très peu précises. Il faut, croyons-nous, qu'ils soient aidés par une organisation émanant du ministère, ayant pour but d'organiser des séries de conférences sur l'hygiène, dans lesquelles des spécialistes (que ce soient des médecins faisant partie de l'administration, com-

me les inspecteurs d'hygiène, ou des praticiens de la localité, qui voudront bien se charger de ce soin, moyennant une rétribution convenable) exposeront à tous les préceptes les plus élémentaires de l'hygiène et en feront comprendre toute la nécessité.

Cette organisation de la *propagande* devrait être pourvue de moyens matériels appropriés : affiches, dessins, tracts, films cinématographiques capables d'intéresser les auditeurs et de frapper leur imagination. Nous n'insisterons pas davantage sur les détails de fonctionnement de ce service, les ayant déjà étudiés précédemment. (1)

Cette propagande devrait, non seulement viser les prescriptions de l'hygiène générale, mais aborder la prophylaxie des différentes maladies sociales : tuberculose, alcoolisme, dépopulation, maladies vénériennes. Ces deux derniers sujets ne seraient naturellement traités que devant des auditoires composés uniquement d'adultes (des conférences spéciales étant réservées aux adolescents) et par un orateur du même sexe que ses auditeurs.

Ces séries de causeries devraient être répétées assez souvent et faites dans des lieux assez rapprochés pour que tout le monde puisse y assister et acquérir par là une connaissance, tout au moins superficielle, des notions sanitaires.

2. — ORGANISATION DÉPARTEMENTALE

Nous avons longuement étudié les graves inconvénients résultant de la disposition de la loi de 1902 rendant facultative l'inspection départementale, et, d'autre part, nous avons vu

(1) Voir notre thèse de doctorat en médecine « Du rôle de l'administration dans la prophylaxie des maladies vénériennes » Paris 1922.

également que, dans les circonstances actuelles, il n'était pas possible de songer à organiser un système dans lequel l'unité d'action sanitaire serait reportée jusque dans de petites circonscriptions : bon gré, mal gré, nous devons nous contenter d'une organisation plus modeste, ayant pour cadre le département.

Cette organisation départementale, d'ailleurs, nous tenons à l'affirmer, ne constitue pas à nos yeux l'idéal, bien au contraire, et le projet de l'Académie, qui prévoit comme unité sanitaire des circonscriptions plus petites, nous semble de beaucoup préférable. Le département est trop grand, semble-t-il, pour qu'une seule personne puisse s'occuper sérieusement de toutes les attributions qui, nous le verrons tout-à-l'heure, seront l'apanage du médecin départemental. Mais, nous ne croyons pas sage de vouloir, dès à présent, réaliser un projet aussi important, car nous avons montré les difficultés matérielles (personnel) et surtout financières auxquelles il se heurterait et qui, certainement, feraient échouer la réforme toute entière.

Il n'en est pas moins vrai que cela *restera le but vers lequel il faudra tendre*, et qu'il faudra réaliser petit à petit, dès que les circonstances le permettront, en commençant par les départements les plus vastes, les plus peuplés et dont la population en majeure partie urbaine, demande des règlements sanitaires d'autant mieux appliqués.

Quoiqu'il en soit, la nécessité de rendre obligatoires les inspecteurs départementaux est apparue évidente à tous les yeux avertis et plusieurs propositions de lois ont été présentées aux Chambres dans ce sens.

Nous rappellerons celle des *Docteurs Doizy et Gilbert-Laurent, députés, en date du 5 novembre 1912*, dont le pas-

sage principal mentionne que « dans chaque département, un directeur d'hygiène assure l'exécution de la présente loi (15 février 1902). Il est nommé au concours sur le rapport d'un jury . . . » dont suit la composition. A ce sujet, il est bon de remarquer que l'auteur fait dans ce jury une place intéressante et toute nouvelle aux groupements professionnels médicaux, car il spécifie que deux de leurs membres en feront partie. Il en va de même pour les professeurs d'hygiène (3 membres), pour les collègues du fonctionnaire à choisir (2 membres) et pour l'inspection générale des services administratifs (1 membre).

De cette façon, l'auteur du projet croyait avec raison « substituer à l'incompétence préfectorale et bureaucratique une réelle compétence responsable. »

M. le Sénateur Docteur Pottevin a repris la même thèse dans une proposition de loi du 28 janvier 1919, dans laquelle il demande lui aussi que le Parlement rende obligatoires dans chaque département les inspections d'hygiène.

A l'heure actuelle, en effet, il n'y a guère qu'une cinquantaine de départements qui aient organisé une inspection départementale et encore, dans la grande majorité des cas, cet inspecteur n'est pas un spécialiste s'occupant exclusivement de ses fonctions sanitaires, mais c'est quelquefois un médecin praticien, quelquefois un professeur de faculté et, dans certains cas même, un fonctionnaire de la préfecture non médecin. Ceci ne saurait être encouragé, car il faut que les inspecteurs départementaux soient *compétents* et *responsables*, qu'ils aient le *temps* de s'occuper de leurs fonctions et la *volonté* de le faire.

Ces agents doivent être *compétents* : On ne s'improvise pas hygiéniste, comme la loi actuelle semble le supposer ; elle croit en effet, qu'il y a , dans chaque arrondissement, un

assez grand nombre de personnes ayant des connaissances suffisantes en cette matière. L'expérience a montré qu'il n'en est rien, et que pour être en droit de prétendre au titre d'hygiéniste, il faut s'astreindre à des études longues et assez difficiles et, pour tout dire, il faut se spécialiser : avec des connaissances médicales très étendues, il faut avoir une expérience bactériologique convenable, des notions de sociologie d'architecture et d'urbanisme, toutes choses qui ne peuvent s'acquérir que par des études tout à fait spéciales.

Etant compétents, ces agents doivent avoir le *temps* et la *volonté* de se consacrer à l'amélioration de l'hygiène dans une région donnée. Si, en effet, on ne s'improvise pas hygiéniste, on ne peut pas non plus cumuler cette fonction avec d'autres. Il faut s'y donner tout entier à l'exclusion de toute autre profession. Le médecin qui sera choisi pour veiller à la santé publique, devra obligatoirement renoncer à faire aucune espèce de clientèle. En retour, il faudra qu'on lui assure un traitement suffisant et tout au moins égal aux honoraires que peut gagner un de ses confrères ayant une bonne clientèle moyenne. Sans cela on n'obtiendrait pour remplir ces fonctions, les plus importantes de toutes les fonctions médicales, que des médecins sans clientèle, ou qu'une tare quelconque empêcherait d'exercer. Là, comme ailleurs, si on veut des fonctionnaires capables, zélés et qui consacrent tout leur temps à leurs fonctions, il faut les rétribuer convenablement.

De plus, ces agents doivent jouir d'une *indépendance* assez grande, car c'est la seule façon d'exiger d'eux qu'ils aient une *responsabilité* effective dans leurs fonctions.

Comme corollaire de cette indépendance, il faudra chercher à s'entourer de toutes les garanties nécessaires dans le choix de ces inspecteurs : garanties de savoir, de conscience,

d'activité intellectuelle et d'aptitude physique. Pour cela, il faut se préoccuper de leur *mode de recrutement*.

Il semble bien que la voie la plus naturelle soit celle du *concours*. C'est d'ailleurs la façon de procéder actuellement, ainsi que celle choisie pour le recrutement de tous les fonctionnaires ayant à remplir des emplois intellectuels. Pour l'admission à ce concours, il sera nécessaire d'exiger certaines conditions préalables, dont la possession du diplôme de docteur en médecine semble la principale. Quoiqu'on en ait dit, en effet, l'hygiéniste doit avant tout être un médecin, car, de cette façon seulement, il pourra avoir des notions assez précises sur les maladies contagieuses, leur épidémiologie, leur bactériologie et leur prophylaxie. Or, c'est là un des chapitres les plus importants du rôle de l'hygiéniste. Mais ce diplôme de docteur n'est pas suffisant à notre avis et il faudrait exiger en outre un certificat constatant que le postulant a fait des études spéciales sur l'hygiène, et qu'il est apte à prendre en main la direction des services sanitaires dans un département. Nous avons déjà mentionné que ce certificat supérieur d'hygiène venait d'être institué à la faculté de médecine de Paris, par M. le Professeur Léon Bernard, et, que son programme, parfaitement compris, donnera à ceux qui le suivront toutes les connaissances spéciales nécessaires.

Il faudra prévoir un examen de titres, car il est évident qu'on ne pourra pas assimiler à des débutants ceux qui auront déjà passé une partie de leur existence à l'étude de ces questions spéciales, et qui auront publié à leur sujet des observations intéressantes.

Faudra-t-il comme certains l'ont demandé, et en particulier MM. Doizy et Gilbert-Laurent, exiger que les candidats aient déjà exercé la profession médicale pendant un cer-

tain nombre d'années? L'avantage de cette condition serait de donner l'assurance que le poste à remplir ne le sera pas par quelqu'un, peut-être très savant en théorie, mais n'ayant aucune expérience pratique. Malgré cela, nous ne croyons pas qu'il soit bon d'exiger une telle condition, car elle aurait deux graves inconvénients : elle rebuterait les jeunes médecins qui auraient l'intention de se consacrer à cette spécialité, par la perspective d'être obligés de passer cinq ou dix années de leur vie professionnelle — déjà si courte, à cause de la longueur des études qui les précèdent — à faire une clientèle qu'ils devront ensuite abandonner. Le dilemme suivant se poserait alors : ou bien cet essai de clientèle aurait réussi et, dans ce cas, ayant une situation faite, après des débuts toujours pénibles, le médecin ne voudra plus la quitter, préférant sa situation, probablement plus rémunératrice, à un poste officiel moins rétribué ; ou bien, l'essai de clientèle ayant été malheureux, le médecin sera bien aise de se réfugier dans cette fonction, à laquelle, peut être, aigri et découragé par les difficultés de la vie, il ne se donnera pas avec toute l'ardeur et le courage désirables. En un mot, on risque de perdre ceux des jeunes gens qui, par leurs qualités personnelles, ont un brillant avenir devant eux, pour ne conserver que ceux qui auraient été moins heureux, pour quelque raison que ce soit.

Aussi, loin d'exiger une pratique quelconque de la clientèle, nous croyons préférable de faire entrer dans la nouvelle administration des médecins jeunes, ayant acquis des connaissances suffisantes par les travaux qu'ils auront faits en préparant le certificat spécial d'hygiène et arrivant dans leurs fonctions tout pleins encore du bel entrain de la jeunesse et de l'amour de leur spécialité.

Nous avons parlé tout à l'heure d'*indépendance* : Il nous

faut revenir sur ce sujet, car c'est justement dans l'absence de cette dernière, qu'on a vu, avec raison, un des défauts les plus graves de l'organisation actuelle. Les inspecteurs sont trop sous la dépendance des préfets et, ce qui est pire, des chefs de division de la préfecture, qui souvent, font tout leur possible pour annihiler leur action et entraver leurs initiatives. De plus, à un préfet d'esprit large et éclairé, qui d'accord avec son inspecteur aura mis son département dans un excellent état sanitaire, peut en succéder à tout moment un autre moins pénétré de la nécessité de cette œuvre et davantage porté à éviter tout ce qui pourrait être un sujet de contestation avec ses administrés. Dans ce cas, il est possible que tout le travail, si péniblement acquis, grâce au dévouement des agents sanitaires, se trouve perdu, que les organisations créées périssent et que, en très peu de temps, tout soit à recommencer.

Nous n'allons pas jusqu'à demander, avec le Docteur Lacomme, inspecteur d'hygiène du département de la Somme, (1) que « l'inspecteur ait une délégation permanente du préfet pour tout ce qui touche les questions sanitaires; qu'il ait en conséquence le pouvoir de mettre les communes en demeure d'exécuter les travaux prescrits, conformément aux textes en vigueur; qu'il ait le droit de prendre des arrêtés réglementaires, etc; qu'il soit, en résumé, le préfet de l'hygiène et qu'il en ait les fonctions sans le titre ». Une telle conception nous paraît exagérée et difficilement conciliable avec notre droit administratif. Mais, il semble que la distinction faite par le Docteur Ott, inspecteur de la Seine-Inférieure, pourrait être très fructueuse dans ses conséquences. Celui-ci

(1) Docteur Lacomme: Les inspections d'hygiène, l'Arsenal de l'hygiène, octobre 1909.

fait remarquer en effet (1) que les questions d'hygiène appliquée se présentent simultanément sous un double aspect technique et administratif. Quand, dans un service, le côté technique l'emporte indubitablement sur le côté administratif — ce qui est le cas pour la désinfection, la vaccine, les épidémies, la statistique, etc — il y aurait avantage à supprimer l'intervention du Préfet, qui ne peut que contresigner purement et simplement les propositions de l'Inspecteur ». Dans les questions où le côté administratif tout au contraire tient une place notable, on ne peut supprimer l'intervention du préfet, qui est le seul représentant du pouvoir central dans le département. Dans ce cas, l'inspecteur doit conserver sa place de conseiller technique, à la condition toutefois que son avis soit désormais obligatoirement demandé et qu'on mette un moyen de recours à sa disposition pour le cas où l'administration préfectorale négligerait systématiquement ses conseils.

Par conséquent, il faudrait que la législation nouvelle fasse au médecin inspecteur une situation un peu particulière, tenant compte de ses attributions à la fois techniques et administratives, et *qu'il ne dépende pour ces dernières que du ministre de l'hygiène*. Car — et c'est un point beaucoup trop oublié — même actuellement, le ministre peut exercer une grosse action sur les inspecteurs d'hygiène. Ce sont des fonctionnaires départementaux il est vrai, mais l'Etat intervient par une part importante dans le paiement de leur traitement et des frais occasionnés par le fonctionnement de leurs services. Dans l'hypothèse même où le Parlement ne voudrait pas en faire des agents de pouvoir central — ce qui serait

(1) Docteur Ollivier : Rapport à la société de médecine publique, Revue d'hygiène, 1920.

de beaucoup préférable — le ministre n'en aurait pas moins un droit de regard incontestable sur leur administration et un pouvoir d'intervention dans leurs différends avec les conseils généraux.

Une autre modification importante consisterait à mettre dans leurs attributions les *sanctions* consécutives à l'inobservation des lois et règlements sanitaires. Sauf dans un nombre infime de départements où les inspecteurs sont assermentés, dans la plupart des cas, ils n'ont aucun pouvoir à ce sujet et en sont réduits à entasser rapports sur rapports et à faire œuvre de bureaucrates. Il ne suffit pas qu'ils aient dans leurs attributions le contrôle de l'exécution des prescriptions sanitaires, il faut leur donner le pouvoir de les faire respecter : ce fut une erreur psychologique énorme d'obliger les maires qui tiennent leurs fonctions de l'élection, à prendre des sanctions en matière de salubrité ; cela leur est pratiquement impossible, à moins d'une fermeté de caractère extrêmement remarquable, et sous peine de voir leur mandat non renouvelé.

Il nous reste à mentionner la nécessité de créer toute une *organisation matérielle* que la loi de 1902 a complètement passée sous silence : nous voulons parler des *laboratoires*. Ceux-ci sont en effet absolument indispensables, pour permettre de faire de l'hygiène selon les méthodes modernes, et c'est à tout propos que l'administration sanitaire aura à y recourir : recherches bactériologiques en cas d'épidémies, cultures, ensemencements, examen des déjections et des excréta, inoculation aux animaux, contrôle des eaux potables, surveillance des denrées alimentaires et des boissons, analyses diverses, etc. Il faut donc s'attacher à rendre effective la création d'au moins un laboratoire par département, pourvu

de tout le matériel et l'outillage nécessaires. Il existe déjà d'assez nombreuses institutions de ce genre, et un rapport de l'Inspection centrale des services administratifs signale que en 1919, sur 87 départements (Paris et l'Alsace-Lorraine exceptés), 7 ont des laboratoires importants, 42 en ont de peu importants, 35 n'ont aucun laboratoire, 3 n'ont pas donné de renseignements.

On voit par cette statistique, qu'à peine une dizaine des départements sont outillés convenablement, et que près de la moitié n'ont aucune organisation sous ce rapport. De plus, les 42 laboratoires mentionnés dans la seconde catégorie appartiennent tantôt aux municipalités, tantôt aux universités, tantôt aux hôpitaux et même à des particuliers.

Pour mettre fin à cette situation très préjudiciable à la santé publique, il convient de réaliser les conclusions de M. le Docteur Faivre à ce sujet. (1)

1. Adopter, en tenant compte avant tout de la situation géographique et des facilités de communication, une organisation d'ensemble telle que toute localité se trouve rattachée à un laboratoire.

2. Créer à cet effet, au fur et à mesure des possibilités, des laboratoires nouveaux et améliorer ceux qui existent, dès lors qu'ils rentrent dans l'organisation générale envisagée. A cette organisation contribueraient les départements, les communes et surtout l'Etat, qui possède, par ses subventions, un moyen puissant de provoquer des initiatives et d'encourager les bonnes volontés.

3. Éviter les doubles emplois, et ne pas maintenir dans une ville plusieurs laboratoires ayant la même destination, si les

(1) Docteur Faivre : (*op cit.*)

besoins de cette ville et du territoire rattaché ne les comportent pas.

4. Contrôler fréquemment le fonctionnement de ces laboratoires, ce qui est rendu possible par la contribution financière de l'Etat.

Les laboratoires devront avoir des crédits suffisants pour fonctionner convenablement et être pourvus d'un personnel compétent. Dans la plupart des cas, même, il faudra prévoir un chef de laboratoire spécialisé, car l'inspecteur départemental aura des attributions si nombreuses qu'il lui sera le plus souvent impossible de le diriger par lui-même.

Nous en arrivons tout naturellement à examiner les *attributions* de l'inspecteur départemental. Elles sont extrêmement complexes : nous en donnons ci-dessous la liste dressée par M. Bluzet (1) en y intercalant les décisions de quelques départements à leur égard.

A. — *Attributions résultant de la loi de 1902*

1. Fonctionnement du Conseil départemental d'hygiène et des commissions sanitaires.

Il doit en particulier procéder à une première instruction des questions à soumettre à ces assemblées. Il participe à leurs réunions avec voix consultative.

2. Épidémies et réception des déclarations.

Il se tient au courant de l'état sanitaire du département ; il contrôle les déclarations des maladies transmissibles, dirige les enquêtes sur l'origine et le développement de la contagion ou y procède lui-même. Il complète et rectifie au besoin les

(1) *Martin et Bluzet* : commentaire de la loi de 1902.

mesures prophylactiques prises par les médecins des épidémies, et à défaut y pourvoit directement, ou provoque de la part du Préfet les prescriptions nécessaires (Finisterre). A ce sujet nous renvoyons à ce que nous dirons plus loin relativement à la déclaration des maladies contagieuses.

3. Organisation et fonctionnement du service départemental de désinfection, dont il est tout naturellement le directeur.

4. Organisation et fonctionnement du service départemental de la vaccination.

Il veille à ce que les listes des personnes soumises à la vaccination et à la revaccination soient convenablement établies, à ce que les séances publiques de vaccination aient lieu régulièrement, à ce que le vaccin soit de bonne qualité et à ce que les sanctions légales soient requises contre les réfractaires (Finisterre).

5. Contrôle de l'administration sanitaire communale.

Nous examinerons les questions relatives à ce sujet en étudiant l'organisation communale des services d'hygiène.

6. Assainissement des localités (même remarque).

7. Comptabilité.

8. Statistique. Il centralisera tous les renseignements relatifs à la statistique sanitaire et à l'hygiène publique qui lui seront adressés par les chefs de poste de désinfection, les médecins des épidémies et les autorités administratives en général.

B. — Attributions résultant de dispositions antérieures

1. Inspection médicale des écoles.

2. Exécution des lois sur la police de la médecine et de la pharmacie (attribution supprimée par le décret du 5 août 1908).

3. Transport de corps.

4. Etablissements dangereux ou insalubres.

Il exercera ou fera exercer par des personnes compétentes la surveillance de ces établissements. Il signalera au Préfet les infractions qui seront constatées dans leur fonctionnement (Alpes-Maritimes).

5. Eaux minérales.

C. — *Attributions nouvelles proposées*

A ces deux groupes nous en ajouterons un autre qui comprendra le contrôle des services actuellement dépendant de différents ministères, mais pour lesquels nous avons montré l'utilité de leur rattachement au Ministère de l'hygiène.

1. Captage et utilisation des sources.

2. Protection contre la pollution des cours d'eau navigables ou non et des nappes souterraines.

3. Répression des fraudes alimentaires.

4. Contrôle de l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Vente des substances vénéneuses.

Un autre point nous reste à traiter, c'est celui qui consiste dans les *rapports que devra avoir l'inspecteur départemental avec les médecins praticiens*. D'une façon générale, ceux-ci, et surtout leurs syndicats, voient d'un très mauvais œil l'extension d'un organisme médical sanitaire d'ordre administratif, dont ils sont exclus. L'administration, disent-ils, méconnaît les médecins, elle ne se souvient d'eux que pour leur imposer des obligations ou leur demander des services, mais elle ne leur laisse aucune part dans des organisations qui seraient autrement efficaces s'ils pouvaient y apporter, dans une large mesure, leur compétence professionnelle. A cet égard, nous avons vu que le projet de l'Académie fait entrer

dans les conseils sanitaires qu'il prévoit. des représentants des médecins praticiens, et nous reprendrons la même idée quand nous arriverons à ce sujet, car nous estimons que cette plainte est fondée et mérite qu'on y prête attention.

Mais nous ne pouvons pas suivre les syndicats plus loin et nous nous séparons d'eux nettement quand ils demandent que l'organisation générale de l'hygiène leur soit confiée et que le fonctionnement administratif de ses services soit mis dans leurs attributions. Cela ne peut être leur fonction, qui est toute entière de conseil et non pas d'organisation.

De plus, les hygiénistes devront prendre garde à ne pas empiéter sur les attributions des praticiens, non seulement s'interdisant de faire de la clientèle, ce qui est de droit, mais aussi, en s'abstenant de faire entrer dans leur activité le traitement des malades, exception faite des véritables indigents. Ils ne devront pas oublier qu'ils sont avant tout des médecins administratifs et que leur premier soin doit être de respecter les droits des médecins traitants. Enfin, ils s'efforceront de nouer avec eux des relations cordiales, se mettant à leur disposition dans tous les cas où ceux-ci pourront avoir besoin de leur concours, demandant leur avis en ce qui concerne l'organisation pratique des mesures sanitaires et de la désinfection en particulier et en les faisant profiter des ressources de leur laboratoire, quand ils désireront y avoir recours.

Il ne nous reste plus qu'à rechercher de quelle manière il serait possible de surveiller le fonctionnement des inspections départementales, et de coordonner leur action. Pour cela, il serait, semble-t-il, opportun de développer un organisme qui existe déjà : nous voulons parler des *inspecteurs généraux*. Parmi ceux-ci, un certain nombre sont obligatoirement

médecins et ils ont plus particulièrement mission de s'occuper des questions relatives à l'hygiène. En augmentant légèrement le nombre de ces derniers, on obtiendrait, presque sans frais, un organisme de liaison entre le ministère et les fonctionnaires départementaux qui rendrait de très grands services. Ces inspecteurs généraux, qui sont choisis au concours posséderaient obligatoirement de très solides connaissances, à la fois médicales et juridiques, et une expérience suffisante de l'hygiène administrative. Ils prêteraient à l'ensemble de l'organisation la grande autorité de leur situation scientifique et encadreraient solidement le corps des inspecteurs départementaux. *Ils remplaceraient avantageusement les médecins régionaux dans le rôle de surveillance générale et de coordination* que le projet de l'Académie voulait confier à ces derniers.

3. — ORGANISATION MUNICIPALE

En ce qui concerne les villes n'ayant pas de bureau d'hygiène, l'organisation sanitaire ne serait modifiée qu'en deux points, mais qui sont d'une importance capitale :

D'abord, le règlement sanitaire, qui serait toujours pris par le maire, devrait nécessairement recevoir l'approbation de l'inspecteur départemental. Nous avons vu que cette simple modification ferait cesser des anomalies et des lacunes regrettables qui existent actuellement dans de nombreuses communes.

De plus, la surveillance des prescriptions de ce règlement et les sanctions qui découlent de son inobservation seraient enlevées au maire pour être dévolues à l'inspecteur. De cette façon, celui-ci aurait toute latitude pour faire respecter le règlement et, n'étant pas un administrateur élu mais au contrai-

re un fonctionnaire d'Etat, il aurait la plus grande facilité pour prendre les sanctions nécessaires. Les maires seraient enchantés d'être déchargés de ces obligations qui leur sont à charge et l'état sanitaire cesserait d'être aussi attristant qu'il l'est actuellement. Dans les cas mêmes où l'intervention du maire serait rendue obligatoire par les textes régissant l'administration communale (loi du 5 avril 1884), celui agirait sur l'initiative de l'inspecteur et de cette façon sa situation envers ses électeurs serait sauvegardée.

Pour ce qui est des bureaux d'hygiène, nous préconisons des modifications plus profondes, car l'expérience a montré le mauvais fonctionnement de la plupart d'entre eux et l'inconscience des municipalités relativement à l'utilité de cette organisation. Aussi nous rangeons-nous en partie à l'avis de l'Académie de Médecine qui désire la suppression pure et simple de ces bureaux d'hygiène, sauf à Paris, et dans quelques très grandes villes. Nous ne sommes cependant pas aussi catégorique et, avec le Docteur Faivre, nous conseillerons le maintien de cette organisation municipale dans toutes les villes dont la population est suffisante pour permettre à un médecin d'occuper toute son activité à ces fonctions. C'est un critérium d'appréciation assez large, mais il semble que le chiffre de 60 à 70.000 habitants, soit celui qui ferait entrer les villes dans la catégorie de celles devant conserver un bureau d'hygiène. Pour les autres ce maintien n'est pas désirable, car la plupart du temps, elles ne sont pas assez riches pour subvenir aux besoins de ce bureau d'une façon suffisante. Pour être viable, un bureau d'hygiène doit en effet présenter les caractères suivants dans son organisation :

Le directeur doit être médecin, et qui plus est médecin

spécialiste, et il doit présenter les mêmes garanties de science et d'activité que celles que nous avons demandées pour l'inspecteur départemental. Il doit se consacrer exclusivement à ses fonctions car si on l'autorisait à faire de la clientèle, non seulement il se désintéresserait de ses travaux administratifs, mais il entrerait en concurrence avec tous les médecins praticiens de la ville et ceux-ci, irrités de le voir cumuler lui feraient échec autant qu'ils le pourraient et chercheraient à faire échouer toutes ses entreprises. Sa situation en serait rendue beaucoup plus difficile et la cause de l'hygiène en souffrirait un grave préjudice.

Le personnel doit être assez compétent et en nombre suffisant, et l'installation conçue de telle façon qu'elle permette un fonctionnement convenable. Ceci suppose des locaux assez vastes et le matériel nécessaire. Déjà la circulaire du 23 mars 1906 spécifiait que les bureaux d'hygiène devaient être pourvus d'une série de plans et de cartes de la ville, d'une bibliothèque contenant les traités et les publications usuelles d'hygiène. Mais tout cela est bien insuffisant et l'existence d'un laboratoire est tout à fait indispensable. Pas plus que l'inspecteur départemental, le directeur du bureau d'hygiène ne peut exercer ses fonctions sans laboratoire : certes il ne sera souvent pas nécessaire que celui-ci soit aussi important que le laboratoire départemental, surtout dans les villes de moyenne importance, mais il en faut un tout de même, car l'hygiène moderne ne se conçoit plus sans cela. D'ailleurs, il est une mesure qui serait cause d'une notable économie à ce sujet, ce serait la création d'un laboratoire mixte, à la fois départemental et municipal, et qui pourrait être de cette façon d'autant mieux outillé et d'autant plus complet. Ceci serait semble-t-il assez facile à mettre au point, grâce à une bonne entente mutuelle.

Les attributions des bureaux d'hygiène sont très complexes et se rapprochent beaucoup de celles des inspections départementales. Nous n'y insisterons pas car ce serait l'occasion de redites inutiles. Mentionnons seulement que, pour être en mesure de s'occuper de toutes les questions dans lesquelles l'hygiène est en jeu, il faudra que la municipalité reconnaisse au directeur de son bureau sanitaire une situation morale assez grande et que l'action de celui-ci ne soit pas entravée par les autres services de la municipalité. Trop souvent, ceux-ci (état-civil, voirie, eaux, égouts, écoles, marchés, travaux) cherchent à se rendre complètement indépendants du service d'hygiène et affectent d'ignorer jusqu'à son existence. Il faut au contraire que la plus cordiale collaboration existe entre eux et qu'aucun d'eux ne se croie atteint dans sa dignité ni dans son indépendance du fait de recevoir les avis et les conseils du directeur du bureau d'hygiène, pour tout ce qui est de la compétence de ce dernier.

En ce qui concerne la *nomination* du directeur, il est nécessaire de laisser celle-ci à la municipalité, puisque ce service reste exclusivement municipal. Mais, comme l'Etat intervient pour une part importante, par ses subventions, dans le règlement des dépenses engagées à cet effet, il serait tout naturel qu'il intervienne également pour s'assurer de la compétence des candidats choisis, et il serait juste d'obliger le maire à choisir sur une liste composée uniquement de candidats déjà agréés par le Conseil supérieur d'hygiène et qui par conséquent rempliraient les conditions de savoir suffisantes.

De plus, l'administration centrale pourrait aussi intervenir en cas de différend grave entre le directeur du bureau et la municipalité. Il n'est pas bon en effet, que celui-ci soit

sous la complète dépendance de cette dernière, car son activité pourrait se trouver gravement compromise s'il devait se conformer absolument aux desiderata de ce corps élu, sous peine de se voir retirer ses fonctions. A ce sujet encore, le Conseil supérieur d'hygiène pourrait jouer un rôle important d'arbitre, quand il y aurait des contestations de ce genre.

Une autre modification intéressante serait la possibilité pour les directeurs des bureaux municipaux de passer d'une ville à une autre, sur simple avis favorable des municipalités et la possibilité de passer également du cadre municipal dans le cadre départemental. Cette intercommunication de toutes les fonctions se rapportant à l'hygiène offrirait à ceux qui veulent s'y consacrer un champ beaucoup plus vaste et une sécurité autrement grande pour leur avenir en leur permettant d'arriver, petit à petit, à une situation de plus en plus brillante, juste récompense des services rendus.

Il ne reste plus qu'à étudier les rapports à établir entre les bureaux d'hygiène et les inspections départementales. Nous avons vu qu'actuellement ce dualisme d'organisations avait créé une situation regrettable pour le fonctionnement des services. Les inconvénients que nous avons signalés à ce sujet pourraient être atténués s'il était spécifié que le bureau d'hygiène avait dans son ressort non seulement la ville dont il dépend, mais aussi la banlieue et les communes suburbaines, dans un rayon suffisamment étendu.

De plus, il faudrait aussi prévoir un *pouvoir de contrôle* de l'inspecteur départemental vis-à-vis du directeur du bureau d'hygiène. Cette situation n'aurait rien qui puisse froisser ce dernier et ne signifierait pas qu'on suspecte à priori sa compétence, mais elle résulterait du droit général

qu'ont les organisations de l'Etat de contrôler les actes des municipalités.

4. — CONSEILS SANITAIRES

Nous traiterons dans un même paragraphe des conseils départementaux et des commissions sanitaires. Nous avons vu, en effet, dans notre première partie que les critiques qu'on peut leur adresser s'appliquent aux uns comme aux autres. Ces critiques peuvent se concentrer sous trois chefs :

Les conseils sanitaires sont mal composés, ils se réunissent trop rarement et leurs membres n'étant pas rémunérés, ne s'intéressent pas suffisamment à leurs fonctions.

M. Doizy a, sur ce sujet, présenté une *proposition de loi* du 30 janvier 1912, dans laquelle il s'applique à corriger ces erreurs. En ce qui concerne leur composition, il augmente la proportion des compétences médicales, car on trouve dans le conseil départemental, tel qu'il l'organise, outre l'inspecteur-médecin, un médecin militaire, quatre médecins civils, deux pharmaciens et un vétérinaire, sur un total de 12 à 15 membres. Dans les commissions sanitaires, sur 7 à 9 membres, il y a deux médecins, un pharmacien et un vétérinaire. De plus « toujours désireux, dit-il, d'assurer à l'hygiène publique la collaboration bienveillante et étroite du corps médical, sans laquelle il est impossible d'organiser quelque chose de durable et d'efficace », il a eu l'excellente idée de faire choisir les médecins civils par l'ensemble de leurs confrères praticiens, qui devront les désigner en nombre double, pour laisser au conseil supérieur d'hygiène le choix définitif. On se rappelle que le projet de l'Académie prévoit aussi cette collaboration des groupements médicaux, et nous avons déjà dit tout le bien qu'on pouvait attendre de cette modification.

Les membres de ces conseils sont nommés pour quatre ans et renouvelables par moitié tous les deux ans. Pour être réélus, les membres sortants doivent avoir assisté à la moitié au moins des séances.

Des *indemnités* de déplacement sont attribuées aux membres des assemblées sanitaires et une rétribution spéciale est en outre accordée aux membres non fonctionnaires. Enfin, aucune décision ne peut être prise que si les *deux tiers* au moins des membres sont présents.

Il reste à imposer la régularité des réunions, cette condition n'a pas été prévue par le Docteur Doizy, elle n'en est pas moins désirable.

En ce qui concerne la compétence, le texte actuel suffit, et la lettre ministérielle de juillet 1905, que nous avons signalée, indiquait nettement que les assemblées sanitaires doivent se préoccuper de toutes les questions intéressant la santé publique, dans leurs ressorts respectifs. Peut être serait-il bon toutefois, de spécifier qu'elles auront le pouvoir de recourir à toutes les mesures d'instruction qu'elle jugeront convenables, tant auprès des particuliers qu'auprès des administrations publiques.

5. — MESURES SANITAIRES PARTICULIÈRES AUX IMMEUBLES

A ce sujet nous n'ajouterons rien à ce que nous avons dit au sujet du projet de l'Académie, les mesures prévues par celui-ci étant excellentes et devant être conservées par la nouvelle législation.

6. — MESURES TENDANT A PRÉVENIR LE DÉVELOPPEMENT DES MALADIES CONTAGIEUSES

La loi de 1902 traite à ce sujet de la déclaration obligatoire, de la vaccination et de la désinfection.

A. — *Déclaration obligatoire*

Nous avons vu les répugnances qu'a montrées le corps médical à faire les déclarations dont le chargeait la loi et nous avons étudié les dispositions que les auteurs du projet de l'Académie ont prévues pour remédier à cette difficulté : Déclaration faite non plus au maire et au préfet, mais au médecin de circonscription — ce qui respecte le secret médical — et obligation de la déclaration conjointement pour le chef de famille et pour le médecin — cette dernière modification ayant pour objet de supprimer les difficultés d'ordre professionnel que la déclaration faisait naître vis-à-vis de la clientèle.

Sur la première disposition, tout le monde est d'accord pour en reconnaître la nécessité, mais la même unanimité n'existe plus en ce qui concerne la seconde. Beaucoup de médecins ont trouvé qu'elle était insuffisante, et qu'il y avait lieu de décharger complètement le médecin de ce fardeau : sa propre déclaration devant d'ailleurs faire double emploi avec celle du chef de famille. Le Professeur Widai écrivait en 1908 (1) « Il est injuste et imprudent que la responsabilité de la déclaration des maladies transmissibles pèse uniquement sur le médecin. C'est au chef d'établissement et au logeur que doit incomber l'obligation de cette déclaration » De même, le Professeur Courmont disait « d'abord, c'est la famille qui doit assurer la déclaration. » Les différents congrès des praticiens ont maintenu cette doctrine très fermement, et ils repoussent la déclaration par le médecin dans tous les cas. En 1908, encore, l'assemblée générale de l'as-

(1) Bulletin de l'Académie de médecine, tome XL, page 687.

sociation des médecins de France vota l'ordre du jour suivant « La déclaration des maladies contagieuses ne doit pas être faite par le médecin, mais par le chef de famille, *dûment prévenu par le médecin-traitant* des obligations que lui impose la loi et des sanctions pénales auxquelles il s'exposerait, en s'abstenant de faire la déclaration. » Un certain nombre de projets ont été présentés pour modifier la loi dans ce sens.

En 1910, *M. Strauss* déposa au Sénat une proposition de loi dans laquelle il était spécifié que « le praticien est tenu, dès qu'il a établi un diagnostic suffisant d'une des maladies envisagées, de remettre à la personne ci-dessus visée, le bulletin de déclaration dûment rempli, en lui faisant connaître les dispositions de la loi relatives à l'obligation de la déclaration.

« La dite personne doit effectuer d'urgence cette déclaration et au plus tard dans un délai de 24 heures. L'autorité qui reçoit la déclaration est tenue d'aviser sans délai le praticien que la personne intéressée a fait effectivement la déclaration qui lui incombait. Si dans les trois jours après qu'il a remis le bulletin à la dite personne, le médecin n'a pas reçu l'avis précité de l'autorité sanitaire, il est tenu de faire directement et sans délai la déclaration de la maladie. »

Le 8 novembre 1912, *M. Doizy* reprit la question en l'amendant, et il fit une nouvelle proposition de loi à la Chambre, dont les points essentiels sont les suivants :

« La déclaration à l'autorité publique de tout cas de l'une des maladies visées au paragraphe 1^{er} de l'article 4 est obligatoire pour le chef de famille ou son représentant, ou à défaut pour tout autre personne responsable logeur, chef d'établissement etc. »

Le médecin délivre à la personne responsable un certificat détaché d'un carnet à souche et portant toutes les indications

nécessaires (date, nature de la maladie, nom et domicile, etc). Celle-ci fait parvenir ce certificat au délégué sanitaire (inspecteur départemental, dès qu'il existera obligatoirement) lequel adresse au médecin un avis de réception en même temps qu'il prend toutes les mesures prophylactiques nécessaires. Si cet avis de réception n'est pas parvenu au médecin-traitant dans les 48 heures, celui-ci est tenu d'envoyer sans retard et directement au délégué un duplicata du certificat qu'il a délivré à la famille.

Il y aurait ainsi déclaration obligatoire à deux degrés : du médecin-traitant à la famille, et de celle-ci au médecin sanitaire. Dans cette modalité, le médecin traitant aurait la responsabilité médicale de la déclaration, alors que la responsabilité civile et pénale incomberait à la famille ; le médecin n'étant chargé de cette dernière qu'au cas où la famille se soustrairait à cette obligation. Il semble que, de cette façon, toutes les objections faites avec raison au système actuel sont résolues, et que des dispositions analogues à celles que nous venons de mentionner devront entrer dans le projet nouveau.

B. — *Vaccination*

Là encore, il faut conserver les indications du projet de l'Académie :

1°. Revaccination obligatoire au cours des 7^e, 13^e et 20^e années, ainsi qu'en cas de guerre, épidémie ou menace d'épidémie.

2°. Possibilité de rendre obligatoire, par décret, la vaccination ou l'immunisation préventive contre d'autres maladies contagieuses ou transmissibles.

Mais, il y a en outre quelques autres modifications néces-

saires au système de 1902 parmi lesquels nous citerons : la centralisation du service de la vaccination entre les mains de l'inspecteur départemental, qui devra s'assurer que l'organisation et le fonctionnement des séances de vaccination se font convenablement, et que les listes des assujettis sont réellement dressées par les municipalités.

3°. Respect des droits du corps médical, en faisant cesser les abus créés par la gratuité absolue. La vaccination ne devrait être gratuite pour les indigents, et pour les autres on pourrait prévoir une taxe modique, établie d'accord avec les syndicats et destinée à sauvegarder la situation des praticiens.

4°. Enfin, l'application effective des sanctions, qui, seules, auront raison des négligents et des obstinés.

C. — *Désinfection*

Il y a lieu d'améliorer le fonctionnement de ce service sur les points suivants :

Le contrôle général, tant au point de vue administratif qu'au point de vue scientifique, doit être concentré entre les mains de l'inspecteur départemental, seul responsable. Celui-ci, toutefois, devrait rechercher la collaboration des médecins-traitants en demandant leur avis et, notamment, en se mettant d'accord avec eux sur l'opportunité des mesures à prendre dans chaque cas particulier et sur le moment le plus favorable pour agir.

Il faudra constituer un personnel de chefs de poste compétents, spécialisés et convenablement rétribués, car si on continue à faire exécuter les désinfections par des agents quelconques, comme cela est malheureusement le cas la plupart du temps, (cantonniers, charretiers, etc), on verra se

continuer également des opérations mal faites, des semblants de désinfection, qui ne feront de mal qu'aux objets soumis à cette épreuve, mais qui laisseront souvent parfaitement vivants les microbes ou les parasites dont on poursuit la destruction.

L'amélioration de l'installation des postes, en ce qui concerne les locaux et surtout le matériel, devra être poursuivie activement. Le matériel, en particulier, devant être apte à l'exécution de toutes les mesures prophylactiques nécessaires, tant en ce qui concerne la désinfection en cours de maladie, que celle, plus complète, qui suit l'issue de cette dernière.

Pour arriver à ces résultats, on pourra s'attacher, non pas tant au nombre de postes créés, mais surtout à leur qualité : un bon poste valant beaucoup mieux que trois ou quatre médiocres. Mais, pour permettre cette simplification, il faudra perfectionner également les moyens de transport et le plus souvent renoncer à la traction par chevaux pour employer des automobiles légères et des motocyclettes.

De cette façon, le principe de la loi, qui veut que les centres soient en nombre suffisant pour qu'aucune commune n'en soit éloignée de plus de six heures, serait respecté car avec une voiture automobile, il n'y a guère de départements dans lesquels il soit impossible de se rendre en moins de six heures du centre à la périphérie. Il résulterait de là une notable économie de matériel et de personnel, permettant de faire exécuter à celui qui serait conservé un travail beaucoup plus important et par le fait même de lui consacrer des ressources plus importantes.

M. le Docteur Julien Salmon, inspecteur départemental des Deux-Sèvres, qui a étudié cette question de la désinfection

avec beaucoup de soin, est arrivé aux conclusions que voici (1)

1) Centralisation directe au siège de l'inspection départementale d'hygiène de toutes les déclarations de maladies contagieuses. Envoi direct au chef de poste des ordres d'opérations et de visites par l'inspection départementale.

2) Emploi de désinfecteurs spécialisés, se consacrant exclusivement à leurs fonctions.

3) Importance prépondérante de la désinfection en cours de maladie. Institution aussi rapide que possible des mesures prophylactiques au lit du malade et dans son entourage, avec le concours du médecin-traitant.

4) Rélégation au deuxième plan, et même au besoin suppression de la désinfection en profondeur par les étuves portatives.

Il a appliqué ces principes dans son département. En tant qu'inspecteur départemental, il est le seul chef du service; il reçoit directement les déclarations de maladies et envoie ses prescriptions aux désinfecteurs. Il dispose d'une automobile, grâce à laquelle il peut immédiatement se rendre sur place pour effectuer les prélèvements nécessaires, décider des mesures prophylactiques utiles et s'entendre avec ses confrères-praticiens et les autorités.

Le service de la désinfection comprend deux postes, situés aux deux extrémités du département. Chacun d'eux possède, comme unique personnel, un désinfecteur spécialisé, avec une camionnette automobile, dont il est lui-même le conduc-

(1) *Docteur Julien Salmon*: Société de médecine publique, 25 janvier 1922.

teur. Cette voiture lui sert à se rendre sur place et à transporter le matériel nécessaire. Chaque fois qu'il est utile, une remorque légère, accrochée à la voiture, sert à transporter une petite étuve, qui, pratiquement, suffit dans la majorité des cas.

Il semble qu'une telle organisation doive mériter tous les éloges, car elle parvient à combiner le maximum de rendement avec le minimum de frais et d'installation matérielle.

Enfin, une dernière modification au texte actuel consisterait à supprimer la phrase disant que si le médecin-traitant se charge d'exécuter ou de faire exécuter la désinfection, il est obligé de « se soumettre, chaque jour, dans l'exécution des mesures prises, au *contrôle de l'agent du service public*, qui peut faire prescrire immédiatement les mesures qu'il juge indispensables. » Une grande quantité de praticiens ont montré une hostilité absolue à la loi, parce que, là encore, elle avait manqué d'égard pour eux. Il est inadmissible, en effet, qu'ils soient soumis au contrôle de l'agent désinfecteur, qui est le plus souvent, on le sait, un simple cantonnier. Par conséquent, s'il faut reconnaître, dans l'intérêt public, le droit de contrôle de la désinfection à l'administration, il sera nécessaire de bien spécifier que ce droit n'appartiendra qu'à l'inspecteur départemental, chef du service de la désinfection.

D. — *Autres mesures*

Les prescriptions relatives à l'*isolement* prévues par le projet de l'Académie devront être conservées, ainsi que celles relatives à la *protection des eaux* des sources et des parcs à coquillages.

Mais il en est une autre qui semble avoir été oubliée, c'est

celle qui a trait à l'établissement du casier sanitaire communal. Il serait bon que ce moyen, si précieux pour la connaissance des taudis, qui permet de mieux connaître les foyers des maladies infectieuses et par conséquent de les combattre avec plus de succès, soit mentionné dans la loi et que celle-ci en édicte l'obligation. Certes, c'est une œuvre de longue haleine et qui mettra des années à se compléter, mais le législateur pourrait montrer tout l'intérêt qu'il y attache, en spécifiant l'obligation du principe de sa constitution.

Il en est de même pour les mesures à prendre relativement aux *porteurs de germes*. Nous renvoyons à ce que nous avons dit à propos de la critique de la loi de 1902, nous contentant de faire remarquer qu'il est impossible de tolérer, dans une législation sanitaire moderne et scientifiquement établie, que ces porteurs de germes, convalescents ou malades, aient toute liberté de se refuser aux examens bactériologiques nécessaires et puissent, au contraire, se promener librement dans la foule et disséminer leur maladie comme à plaisir.

Nous ne pouvons, à ce sujet, passer sous silence le cas rapporté par M. d'Aufreville (1) : Il s'agissait d'un boulanger chez lequel le médecin avait diagnostiqué une fièvre scarlatine. Le praticien en avertit son client et lui donna le conseil motivé, tant pour lui que pour les autres, à cause de la contagion, de demeurer quarante jours dans sa chambre. Aussi, quelle ne fut pas sa surprise de voir, en passant quelques jours plus tard devant la boutique, son malade fort affairé à servir sa clientèle, coupant, pesant et enveloppant le pain avec ses mains encore couvertes des squames qui sont, on le sait,

(1) Presse médicale, 7 décembre 1907.

les agents les plus actifs de la propagation de cette maladie.

Le médecin fit des remontrances à ce boulanger, il lui montra combien sa conduite était coupable et quelles graves conséquences elle ne pouvait manquer d'avoir. Mais il fut fort mal reçu et fut prié de s'occuper d'autre chose. Outré d'une pareille conduite, notre confrère qui sans doute connaissait assez imparfaitement la loi de 1902, prévint de ce fait la préfecture de police. Là il put se rendre compte que le boulanger était absolument dans son droit et que nul ne pouvait l'empêcher, dans l'état actuel de notre législation, d'agir comme il le faisait et d'exposer ses clients à la contamination.

7. — DÉPENSES

Nous n'avons rien à ajouter sur ce point, à tout ce qui a été dit dans le cours de cette étude. Nous répéterons seulement que la réforme de la loi de 1902, telle que nous l'avons exposée, ne présente pas, à beaucoup près, les mêmes obligations budgétaires que celles qui seraient nécessaires pour la réalisation du projet conçu par l'Académie de médecine. Dans notre projet, en effet, les services d'hygiène sont départementaux et communaux ; ce sont les budgets de ces collectivités qui continuent à pourvoir à leurs dépenses pour la plus grande partie. L'Etat, dans cette hypothèse, imposerait la création de ces services, en réglerait la constitution et le budget, et en conserverait la direction par l'intermédiaire des inspecteurs départementaux et des inspecteurs généraux, qui seraient directement sous les ordres du ministre de la santé publique.

Il n'en est pas moins vrai qu'il serait nécessaire, pour encourager les départements et les communes à développer de bon gré les institutions sanitaires et à engager les travaux

d'assainissement utiles; que l'Etat prit une part plus grande dans toutes ces dépenses. Déjà, il y contribue d'après un certain pourcentage, mais ce dernier est insuffisant, et devrait être augmenté dans de notables proportions : c'est une simple question de tarifs à réviser.

8. — PÉNALITÉS ET ÉDUCATION SANITAIRE DE LA POPULATION

Les pénalités devraient être étendues et rendues plus sévères. A ce sujet les dispositions de l'avant-projet ministériel pourraient être conservées. Il est en effet inadmissible que des Français continuent à mettre en péril la santé, et souvent même la vie de leurs concitoyens, sans qu'on puisse les en empêcher, ou sans toutefois ne s'exposer qu'à des sanctions d'une bénignité dérisoire, qui ne sont d'ailleurs jamais appliquées en pratique.

Cependant, nous persistons à croire qu'il ne faut pas tomber dans l'excès contraire et enfermer les individus dans un réseau de contraintes sévères et vexatoires. De telles mesures n'aboutiraient qu'à révolter l'esprit public contre ces mesures et, par contre-coup, causeraient une désaffection générale de l'hygiène dont le souvenir resterait à jamais lié à toutes ces sanctions et pour cette raison même seraient tout-à-fait nuisibles.

Ce qu'il faut surtout, c'est s'attacher à développer les connaissances d'hygiène chez tous les individus, leur en faire comprendre la nécessité et leur montrer les dangers auxquels on s'expose en ne se conformant pas aux règlements sanitaires. Comme le dit M. Strauss à l'Académie de Médecine, le 10 mai 1921, « Ce qui domine, c'est de faire tout à la fois l'éducation de l'élite et des masses et par conséquent d'as-

socier le corps médical tout entier, les hommes et les femmes de l'art, les techniciens de tout ordre, les administrateurs de toute catégorie, à la lutte contre les maladies contagieuses, à la propagation des habitudes d'hygiène et à la préservation de la race. »

Nous ne reviendrons pas à ce sujet sur ce que nous avons dit du rôle des inspecteurs départementaux, en ce qui concerne l'éducation hygiénique populaire. Ce sont eux qui doivent être, dans les départements, les propagateurs de la « bonne nouvelle » par eux-mêmes et par les organismes qu'ils sauront faire naître, en faisant collaborer à cette œuvre d'une si haute portée sociale les ressources de l'Etat et des collectivités avec celles qu'ils susciteront chez les associations et les personnalités privées. Ce sont eux aussi qui auront la direction et la surveillance de toutes les manifestations de propagande qu'ils devront créer et encourager : conférences, causeries, projections, films cinématographiques, distribution de tracts et de brochures, etc. Il semble que l'administration centrale devra prendre sa part dans cette organisation, et encourager la création de missions de propagande, comme celles qui existent en Allemagne, et qui parcourent sans cesse les villes et les villages. Elles sont munies de tous les moyens matériels nécessaires et associent, dans leur enseignement, les règles générales de l'hygiène avec celles plus spéciales de prophylaxie contre les grands fléaux sociaux : alcoolisme, maladies vénériennes, tuberculose et mortalité infantile, qui, en ce qui concerne notre pays, sont des blessures extrêmement graves qui épuisent de plus en plus notre vitalité.

90 DISPENSAIRE D'HYGIÈNE SOCIALE

Il est impossible de clore cette étude, sans mentionner deux

organismes qui ne rentrent peut-être pas directement dans une loi générale sur l'hygiène, mais dont la création serait assurément un des moyens les mieux appropriés pour combattre justement les maladies sociales que nous venons de mentionner. Nous voulons parler des dispensaires d'hygiène publique et des infirmières visiteuses.

Les *dispensaires d'hygiène sociale et de préservation anti-tuberculeuse* ont été créés par la loi du 15 avril 1916, mais seulement à titre facultatif et à la volonté des départements. Déjà, plusieurs sont en plein fonctionnement et les services qu'ils rendent ont été si évidents et si considérables que M. le Docteur Pottevin a, dans une *proposition de loi* du 28 janvier 1919, demandé une modification de la loi de 1916, par laquelle l'établissement de ces dispensaires serait rendu obligatoire pour tous les départements, ainsi que celui d'un sanatorium public (ceux-ci ont été créés, également à titre facultatif, par la loi du 7 septembre 1919 et réglementés par le décret du 10 août 1920).

Les *infirmières-visiteuses d'hygiène* existent déjà depuis un certain nombre d'années dans de nombreux pays étrangers. En Allemagne, ce sont les sœurs de la Croix-Rouge qui en tiennent lieu et Madame Nicole Girard-Martin, à qui nous empruntons ces renseignements (1) raconte qu'à Charlottenbourg, 1.500 familles sont visitées par quatre sœurs rattachées au bureau d'hygiène, qui rendent ainsi les plus grands services. De même, en Suisse et en Belgique, des infirmières sont adjointes aux dispensaires et visitent également les écoles. En Amérique et en Angleterre, elle se sont plus spécialement vouées à la lutte anti-tuberculeuse et y obtien-

(1) Presse médicale, du 11 mars 1914.

nent des résultats surprenants. Dans les Pays Scandinaves, enfin, dont l'organisation et la législation sanitaires sont si développées, on aurait été surpris de ne pas voir une création semblable : elle y existe en effet, encore plus développée que partout ailleurs. L'action de ses membres ne s'est pas localisée aux villes, mais elle s'étend sur les campagnes si bien que l'on peut dire que pas un endroit du territoire n'échappe à leurs bienfaits.

En France, cette organisation n'existe qu'à l'état embryonnaire et elle est représentée par l'association *des infirmières visiteuses de France*, fondée en 1914. Le but recherché par cette association est de former des infirmières de croix-rouge et de leur donner un enseignement spécial qui les rende aptes aux fonctions suivantes :

a) Visiter à domicile les malades indigents, désignés par les services hospitaliers, les dispensaires publics et privés, les médecins praticiens et les médecins des institutions d'assistance publique ou privée, afin de donner gratuitement à ces malades les soins prescrits par le médecin-traitant et sur la demande de celui-ci ;

b) Faire l'éducation hygiénique anti-tuberculeuse et anti-alcoolique des malades et de leur entourage ;

c) Leur faire connaître la législation et les règlements les concernant, les mutualités, les sociétés d'assurances et de retraites, les œuvres d'assistance et de préservation et de les aider dans toutes les démarches à entreprendre à ce sujet, (cité par Mme Girard-Martin).

M. le Professeur Calmette s'est attaché à répandre la notion de l'utilité de ces infirmières-visiteuses et il ne cesse d'en réclamer l'institution officielle. De telles infirmières, à son avis, devraient exister dans toute la France, à raison d'une par canton ; elles devraient joindre au rôle de l'infirmière-

re-visiteuse tel que nous venons de l'exposer, celui d'infirmières-visiteuses scolaires. Dans ce but, elles seraient chargées d'inspecter les écoles au point de vue sanitaire, d'examiner chacun des élèves en particulier, de leur donner à tous des leçons d'hygiène et de propreté et de signaler enfin au médecin scolaire tous ceux qui leur sembleraient avoir besoin de son intervention. Elles seraient en résumé des collaboratrices dévouées et infatigables de ce médecin, de même qu'elles seraient des auxiliaires précieuses pour l'inspecteur sanitaire départemental.

Nous ne pouvons que joindre notre voix à celle de notre Maître et espérer avec lui que prochainement une loi particulière sera votée par le Parlement à ce sujet en même temps que celle sur les dispensaires d'hygiène sociale. Ainsi, petit à petit, sans heurt et sans bouleversement, par le seul moyen d'une *évolution* toute naturelle, on arrivera à réaliser par étapes une législation sanitaire vraiment moderne, conforme aux données scientifiques actuelles et respectueuse des obligations sociales qui lient entre eux les divers membres de la nation.

Vu : *Le Président de la thèse,*
LOUIS ROLLAND.

Vu : *Le Doyen,*
F. LARNAUDE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. APPELL.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	
Historique de la législation française de l'hygiène et de la loi de 1902 en particulier.....	5
PREMIÈRE PARTIE	
<i>Etude critique de la loi du 15 février 1902</i>	
Chapitre 1 ^{er} : Etude de la loi de 1902 et des textes postérieurs formant la législation actuelle (avant 1914) de l'hygiène publique	15
Chapitre 2 ^e : Critique générale de cette législation.....	34
Chapitre 3 ^e : Mesures provisoires prises pendant la guerre et encore en vigueur actuellement (décret du 14 août 1914 prorogé par le décret du 6 novembre 1919).....	47
DEUXIÈME PARTIE	
<i>Projets de Réforme</i>	
Chapitre 1 ^{er} : Projets tendant à remplacer la loi de 1902 par une législation entièrement nouvelle.....	56
A. — Directives du projet adopté par le Conseil supérieur d'hygiène	56
B. — Conclusions de l'Académie de médecine et projet élaboré par sa commission.....	64
Chapitre 2 ^e : Critique générale de ces projets.....	89
Chapitre 3 ^e : Projets tendant à modifier la législation de l'hygiène dans le cadre de la loi de 1902 — Modifications proposées :	98
1 ^o) organisation centrale des services sanitaires.....	99
2 ^o) organisation départementale.....	106
3 ^o) organisation municipale.....	120
4 ^o) conseils sanitaires.....	125

	Pages
5°) mesures sanitaires relatives aux immeubles.....	125
6°) mesures tendant à prévenir le développement des maladies contagieuses	126
a) déclaration obligatoire.....	127
b) vaccination	129
c) désinfection	130
d) isolement	133
7°) dépenses	135
8°) pénalités et éducation sanitaire de la population.....	136
9°) dispensaires d'hygiène sociale et infirmières visiteuses.....	137

SAUMUR — IMP. COUBARD, CHEVALIER, S^r

